

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 19.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE DU NOURRISSON

PENDANT LE SÉJOUR DE LA MÈRE A LA MATERNITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques CHAULIAC

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Bordeaux, le 23 août 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

HYGIÈNE ALIMENTAIRE DU NOURRISSON

PENDANT LE SÉJOUR DE LA MÈRE A LA MATERNITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 19.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE DU NOURRISSON

PENDANT LE SÉJOUR DE LA MÈRE A LA MATERNITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques CHAULIAC

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Bordeaux, le 23 août 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	X...
Physique médicale.		AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique	}	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.	}	MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.	}	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie	}	LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.	}	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique	}	TEISSIER.
Médecine opératoire.		X...
Médecine expérimentale et comparée.	}	MAYET.
Médecine légale.		TRIPPIER.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BERARD. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BORDIER.	MM. REGAUD.	MM. GAYET.
PIC.	COURMONT (P.)	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BERARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président*; NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur*;
MM. CHARVET et COMMANDEUR, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES AMIS

AUX MIENS

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur FABRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

A Monsieur le Professeur LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Le rôle de l'accoucheur n'est qu'à moitié rempli après la mise au monde de l'enfant; il ne se termine qu'au moment du sevrage. L'allaitement du nouveau-né doit être surveillé, soumis à une réglementation judicieusement établie surtout pendant les premiers mois qui suivent la naissance. Cette période est la plus dangereuse pour l'enfant, celle où tant de jeunes existences succombent; c'est à la mère à prévenir le mal, à l'accoucheur à lui en indiquer les moyens.

L'hygiéniste, le philanthrope, l'économiste s'occupent actuellement de la question de protection du nourrisson; tous en ont compris l'importance, chacun à un point de vue différent. Voici, d'ailleurs, ce que disait Budin à la clinique Tarnier le 14 janvier 1899 : « Actuellement moins inquiets sur le sort des mères, les accoucheurs se livrent à une étude plus attentive des enfants; ils s'occupent d'eux avant la parturition, en surveillant l'hygiène de la femme enceinte, afin qu'elle parvienne à terme dans de bonnes conditions; ils s'occupent d'eux au moment de l'accouchement proprement dit pour qu'ils arrivent au monde bien développés, bien vivants. Ils s'en occupent encore après leur naissance et pendant leurs deux premières années, afin de bien diriger leur alimentation. »

A leur tour, nombre de sociétés savantes de tous pays prennent en main aujourd'hui les intérêts du tout petit : *Société de Pédiatrie*, *Société d'obstétrique de Paris*, *Société allemande de Pédiatrie*, *Société américaine de Pédiatrie*, *Société italienne de Pédiatrie*, *Société russe*, *Société néerlandaise*, etc., etc. Les Congrès de Marseille (1895 et 1898); Paris (1900); Toulouse (1901); Bordeaux (1902), s'en sont inquiétés. Dernièrement encore les pouvoirs publics demandaient à l'Académie de médecine (1) de donner sur l'alimentation de la première enfance une règle qui puisse être rendue publique d'une façon définitive.

L'hygiène alimentaire du nourrisson est donc une question qui peut être regardée comme du premier intérêt actuel.

Pendant le séjour que fait la mère dans la Maternité, il devient facile à l'accoucheur de s'occuper de l'alimentation de l'enfant, d'établir pour les tétées une réglementation exacte qui pourra être observée par la suite, lorsque seule, la mère dirigera l'allaitement.

Nous essayerons de montrer d'abord combien est chose nécessaire l'éducation de la jeune mère pendant qu'elle est entre nos mains; nous dirons rapidement la possibilité et les avantages de l'allaitement maternel. Puis nous indiquerons la nécessité qu'il y a pour le nourrisson à établir une règle dans son alimentation en montrant les désastres qu'entraîne la surcharge du tube digestif.

Un chapitre spécial sera consacré à l'exposé du mode

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, mai 1904.

d'allaitement employé à la Clinique Obstétricale de la Charité et à en donner les raisons d'être.

Enfin, dans une dernière partie, nous ferons connaître les résultats obtenus à la Clinique à l'aide de cette méthode.

Nous ne voulons pas entreprendre cette tâche sans remercier sincèrement M. le professeur Fabre de la sollicitude qu'il nous a témoignée dans le cours de nos recherches; de la bonté avec laquelle il nous a ouvert toutes grandes les portes et de la Clinique obstétricale et de son Laboratoire. Nous l'assurons ici publiquement de notre reconnaissance et de notre entier dévouement.

Nous n'oublions pas davantage, dans nos remerciements M. le professeur Lanelongue; l'année que nous avons passée auprès de lui en qualité d'externe à la Clinique chirurgicale de Bordeaux nous a permis de comprendre son haut sens clinique; ses enseignements magistraux resteront pour nous les meilleurs souvenirs de nos études

CHAPITRE PREMIER

Education de la jeune mère pendant son séjour à la Maternité.

L'ignorance des femmes sur les soins qu'elles doivent donner à leurs enfants et surtout sur l'hygiène alimentaire qu'elles doivent faire suivre à leurs nourrissons, est réellement déplorable.

Il est très rare de rencontrer dans la classe ouvrière des mères sachant exactement la façon dont elles doivent les élever. Très peu se rendent compte de l'importance qu'il y a à ne leur donner que du lait ; à peu près aucune n'a idée que la régularité dans le temps des tétées et dans leur espacement est la plupart du temps la sauvegarde de l'existence du nourrisson.

C'est le plus souvent de l'ignorance ; quelquefois ce sont des préjugés invétérés qui les empêchent de soigner convenablement leurs enfants. Elle se rendent difficilement aux conseils donnés par des personnes éclairées et compétentes ; elles écoutent par contre avec un saint respect, et mettent en pratique les paroles et les idées d'une voisine qu'elles croient expérimentée. « Les femmes, disait Ampère, sont des éponges à pré-

jugés. » Or, en l'espèce, ces préjugés sont dangerereux et tous basés sur la peur qu'a la mère de voir son enfant mourir de faim. Et il est difficile d'arracher au peuple ses vieilles croyances, de lui inculquer des idées scientifiquement démontrées, alors même que l'application en est de toute simplicité, comme la réglementation de l'hygiène alimentaire du nourrisson. Ainsi que le disait Zimmermann : « Il serait plus facile de transporter les Alpes dans les vastes plaines d'Asie que de désabuser une femme écervelée. »

Malgré tout, des efforts doivent être faits dans ce sens ; et c'est surtout pendant le séjour que fait la mère dans la Maternité qu'il faut lui montrer ses devoirs, lui apprendre son « rôle d'éleveuse d'enfants. » C'est pendant qu'elle est soumise au règlement d'une Clinique bien organisée qu'il faut lui enseigner la meilleure méthode d'hygiène alimentaire pour son nourrisson.

C'est surtout sur le peuple qu'il faut faire porter nos efforts pour la conservation des enfants qu'il crée ; c'est là qu'il y a le plus de préjugés, le plus d'ignorance, et pourtant il semble bien que ce soit lui qui ait accepté la charge de la perpétuation de la race ; c'est chez lui que la natalité est le plus élevée ; malheureusement c'est encore là que la mortalité du nourrisson est la plus forte, toutes proportions gardées.

Il est à souhaiter que l'on fasse de la Clinique Obstétricale une école pratique d'hygiène de la première enfance. C'est d'ailleurs le meilleur moment pour réglementer la nourriture de l'enfant d'une façon sérieuse ; il est bien difficile ensuite de revenir sur un mode d'alimentation préalablement adopté.

A Saint-Petersbourg, le docteur Rauchfüss, médecin en chef de l'hôpital du prince Pierre d'Oldenbourg, a pris l'initiative de profiter du séjour de la mère dans la Maternité pour lui donner un petit livret intitulé « Conseils aux mères ». Elles y trouvent la façon d'élever leurs enfants en conformité avec une hygiène bien réglée. L'exposé en est fait en termes simples et pratiques à même d'être compris de toutes les intelligences.

Beaucoup d'autres hôpitaux ont fait de même. A Lyon, M. le professeur Fabre donne à chacune des femmes, qui viennent à la consultation des nourrissons, un imprimé où est résumé l'ensemble de l'hygiène alimentaire qu'il fait suivre aux enfants pendant que la mère est encore à la Clinique.

Ces conseils écrits ont l'inconvénient de ne pas être lus par les mères, ou du moins ne sont guère appliqués. Mieux vaut, pendant le séjour qu'elles font à la Maternité, les astreindre à un allaitement régulier. Elles en garderont un souvenir plus complet et continueront dans la suite les habitudes qu'elles y auront prises. L'action se grave plus facilement dans la mémoire que la théorie. En somme négliger cette instruction de la jeune mère, c'est se rendre coupable ; il est tout naturel qu'elle même ignore la façon d'élever son premier-né. Natalis Guillot le disait d'une façon très originale : « Il en est des jeunes mères comme des jeunes poules qui cassent leurs œufs. » Aussi voudrions-nous que leur séjour à la Maternité soit pour elles une instruction à leur apprentissage de métier de mère.

Il y a déjà plus d'un siècle que Baudelocque disait dans son projet d'affiche sur la puériculture publié der-

nièrement par Varnier : « Les enfants naissent presque tous avec les mêmes dispositions pour former dans la suite des hommes robustes et forts. Si les uns restent plus faibles, plus languissants, plus sujets aux maladies que les autres, s'ils n'acquièrent pas tous cette perfection, cette constitution que chaque chef de famille envie dans les siens et que la patrie désirerait pour tous, c'est dans la manière de les élever qu'il faut en chercher la cause.

« Faire connaître aux femmes les devoirs que leur inspire leur titre de mère, ce que la société est en droit de leur commander et d'attendre d'elles en faveur de ses enfants, c'est leur parler de ce qu'elles ont de plus cher, c'est multiplier leurs jouissances et augmenter leur bonheur. »

Nous prétendons que c'est encore le meilleur moyen d'abaisser enfin cette effrayante mortalité infantile qui fait toujours d'énormes ravages. Strauss dit que la proportion en est la même que celle de la tuberculose, soit 150.000 décès par an.

Ce sont les premiers mois de l'existence qui sont le plus atteints. Sur les douze mois de la première année, c'est au premier qu'incombe la plus grande mortalité; puis viennent le second, le troisième, le quatrième, enfin le douzième, moment du sevrage.

La mortalité est de 200 pour 1000 dans la première année, alors qu'elle n'est que de 80 dans la seconde et de 23 pour 1000 dans la quatrième.

Ballestre et Giletta ont relevé que sur 1000 décès de tout âge, il y a en moyenne 167 enfants de 0 à 1 an soit $1/6$, ce qui constitue une grosse proportion.

En 1878, Bergeron écrivait : « Sans doute les premiers mois et surtout les premières semaines de la vie contre lesquels conspirent tant de causes de maladies et de mort, donneront toujours, quoi qu'on fasse, une proportion de décès supérieure à celle des autres périodes, celle de l'extrême vieillesse exceptée. Mais n'est-il pas humiliant pour le temps et le pays, qu'en dépit de l'hygiène publique et privée, la mortalité des nouveau-nés soit assez élevée pour qu'on ait pu dire, chiffres en mains, qu'un enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans, et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an. »

Voici des chiffres qui indiquent nettement combien la première année de l'existence est plus meurtrière que les autres.

Sur 1.000 habitants, il en meurt en France :

De 0 à 1 an	202,00
De 1 à 4 ans	20,8
De 5 à 9 ans	4,6
De 10 à 20 ans	4,2
De 20 à 30 ans	7,4
De 30 à 40 ans	8,8
De 40 à 50 ans	11,7
De 50 à 60 ans	19,2
De 60 à 70 ans	40,8
De 70 à 80 ans	96,7
De 80 à 90 ans	193,7

Au reste, la France n'a pas seule le triste monopole de cette grande léthalité infantile, les autres pays aussi

sont atteints par ce fléau. Voici d'ailleurs, par ordre décroissant, les pays les plus atteints :

Saxe.....	282	morts p. 1000	habit. de 0 à 1 an
Bavière	279	—	—
Russie d'Europe	268	—	—
Autriche	247	—	—
Espagne.....	191	—	—
Italie	190	—	—

Les pays allemands, la Russie, l'Autriche nous passent donc bien devant par leur chiffre élevé de mortalité de 0 à 1 an. Mais une natalité élevée leur permet de supporter plus facilement ces énormes pertes.

Les pays le moins atteints seraient :

Angleterre ...	146	morts p. 1000	habit. de 0 à 1 an
Danemark....	136	—	—
Suède	106	—	—
Norwège	36	—	—

Ces différences sont-elles attribuables à une hygiène alimentaire différente ? Des auteurs ont été jusqu'à affirmer que la mortalité infantile de la première année était variable avec les races ; c'est ainsi que les Israélites présenteraient une résistance particulière : Kerschensteiner (1) déclare qu'à Munich la mortalité infantile est de 41 pour 100 des naissances dans la population catholique et de 15 p. 100 seulement chez les Juifs. La chose semble digne, en effet, de remarque. Chez les nègres la mortalité infantile est

(1) Kerschensteiner. — Die Kindersterblichkeit in München-Jahrbuch für Kinderheilkunde, tome IX.

énorme ; exception faite pour les nègres du Sénégal.

La vérité est qu'ici entre en considération l'allaitement maternel qui est rigoureusement observé dans la race israélite et complètement déréglé chez les nègres en général.

Quoi qu'il en soit, cette grosse proportion de mort chez les enfants est due le plus généralement à une infection du tube intestinal, à une gastro-entérite. Ceci est encore surabondamment prouvé : sur mille décès d'enfants âgés de 0 à 1 an, il y a en moyenne 385 cas de diarrhée. C'est donc plus du tiers des enfants qui succombent, qui est emporté par le tube digestif.

Dans son rapport sur les enfants assistés en 1898, le docteur Monod indique que : sur 13,500 enfants morts il y en a eu 5,301 qui ont péri de gastro-entérite, sur lesquels 5,048 pendant la première année ; or, 883 de ceux-là n'avaient pas dépassé le premier mois.

Ballestre et Giletta de Saint-Joseph, observent qu'à Paris sur 44,069 décès d'enfants dans leur première année, il y en eut 16,760 par diarrhée.

Vinsonneau (*Thèse de Montpellier*, 1901), dit que sur 100 décès d'enfants de 0 à 1 an, la gastro-entérite en aurait produit de 1892 à 1901 : à Paris 37,6 ; à Lyon 26,6 ; à Bordeaux 42,4 ; à Montpellier 31,9. Dernièrement encore, Porak (*Rapport à l'Académie de médecine*, 1^{er} décembre 1903), constate que 60 p. 100 des décès des jeunes enfants sont dus à la diarrhée infantile. Cette terrible éloquence des chiffres prouve mieux que n'importe quel argument combien fréquente est la gastro-entérite comme cause de la léthalité du jeune enfant.

Or il est peu de maladies qui soient aussi facilement évitable : elle est due, à peu près uniquement, au moins en ce qui concerne l'allaitement au sein que nous envisageons seulement ici, à un dérèglement dans l'alimentation du nourrisson, à une ignorance totale de l'hygiène alimentaire qu'il doit suivre. Nous aurons l'occasion plus loin de montrer combien est funeste une alimentation mal dirigée. C'est dire que le taux actuel de la mortalité infantile devrait être rabaisé de beaucoup ; et le sera du jour où la mère saura comment alimenter son enfant. Brouardel estime qu'il meurt en France 20,000 enfants de trop par an et le docteur Lagneau, dans un travail fait sur cette question, déclare que 120,000 enfants par an sont victimes du défaut de soins maternels. A son tour, Budin, avec sa grande expérience, vient affirmer que sur 150,000 enfants qui meurent par an, 80,000 au moins, dans l'hypothèse la plus défavorable, peuvent et doivent être sauvés.

Il n'y a guère moyen de se désintéresser de cette question ; si la dépopulation dont tout le monde se plaint reconnaît pour cause principale le défaut de natalité, il est incontestable que la léthalité infantile y contribue pour beaucoup. Il est tout naturel qu'on commence d'abord par conserver les enfants qui sont nés ; sinon, il est inutile d'en vouloir accroître le nombre. Toutes les lois qu'on pourra proposer pour augmenter le taux des naissances ne sont qu'utopies : le manque de natalité est le fruit d'un mauvais vouloir contre lequel il est bien difficile pour ne pas dire impossible de lutter.

Il n'en est plus ainsi quand il s'agit d'abaisser la mortalité de l'enfant : ici le médecin peut réellement quel-

que chose, alors que seules la négligence ou l'ignorance sont à combattre. La mère ne demande qu'à sauver son enfant ; malheureusement elle en ignore les moyens.

C'est pourquoi le temps que passe la mère dans la Maternité doit être employé à l'instruire ; à lui montrer la façon dont elle doit nourrir son enfant ; ce sera pour elle la meilleure assurance de conserver son nourrisson.

Le bien sera d'autant plus grand à faire à la clinique d'accouchements, que l'on s'adresse à la partie de la population où la mortalité infantile est le plus élevée : l'ouvrière et la fille-mère. L'enfant de cette dernière est plus particulièrement voué à une mort précoce. Bertillon dit à leur sujet : « Pour les enfants légitimes la loi de mortalité est bien simple : la chance de mort est à son maximum, lorsque l'enfant vient au monde ; plus forte pendant la première semaine de vie que pendant la seconde, la mortalité va déclinant sans cesse jusqu'au sixième mois. A partir de cette époque les documents cessent de distinguer les mois d'âge, mais il est certain que la mortalité continue à décliner ainsi jusqu'à l'âge de 5 ans. La naissance en un mot semble constituer une crise dont l'enfant guérit peu à peu. Pour les illégitimes, le tableau diffère à quelques égards : dès la première semaine, la mortalité des illégitimes n'est pas tout à fait double de celle des légitimes ; elle est de 47 au lieu de 25. Mais pendant la deuxième semaine, est-ce une diminution que nous observons comme nous l'avons observée sur les légitimes et comme semble l'indiquer le bon sens ? Au contraire, c'est une augmentation. Au lieu de 47, chiffre déjà énorme, que

nous avons la première semaine, nous trouvons 33,3. Pendant ce temps la mortalité des légitimes diminue : elle a déclinée jusqu'à 20, de sorte que pendant cette seconde semaine de vie, la mortalité des illégitimes est presque triple de celle des légitimes ! »

La fille-mère recule devant les sacrifices et les efforts qu'exige d'elle la première éducation de son enfant. A la Maternité on lui montrera combien devient plus légère et plus facile la tâche de mère quand le tout petit a été dès le début soumis à une hygiène régulière et bien dirigée. Elle s'en rendra compte par elle-même : cela pourra éviter qu'elle ne le laisse ou plutôt l'abandonne à l'Assistance, ce qui équivaut souvent à un arrêt de mort.

Ce sont surtout les consultations de nourrissons qu'on a citées comme devant être des « Ecoles de mères ». A notre avis c'est plus tôt que l'éducation de la jeune mère doit être entreprise : à la consultation on ne fera qu'encourager la mère à persévérer dans la voie tracée à la Maternité et à appliquer les enseignements qu'elle y aura reçus.

CHAPITRE II

Possibilité et nécessité de l'allaitement maternel.

Il faut savoir profiter du séjour trop court que fait la jeune mère dans la Maternité, pour lui faire bien comprendre l'importance qu'il y a à ce qu'elle allaite elle-même son enfant. C'est là le meilleur moment pour lui faire valoir les avantages pratiques de l'allaitement naturel et aussi pour l'y habituer peu à peu sans qu'elle s'en aperçoive en quelque sorte : qu'elle le considère comme un **besoin** **sinon** comme un **devoir**. C'est là le meilleur moment pour l'accoucheur, pour le pédiâtre, pour tous ceux qui s'intéressent au sort des nouveaux petits êtres, d'effacer de l'esprit de la jeune mère toute idée du biberon. « L'allaitement naturel est le seul qui convienne à l'enfant. Le biberon doit être proscrit des hôpitaux ; et le tolérer c'est absoudre l'infanticide. » (Brés. Th. Paris 1875.)

Guéniot disait que c'était tout un art, un art difficile que d'élever un enfant sans le secours du sein maternel.

L'incapacité prétendue d'une femme à allaiter n'est les neuf-dixièmes du temps qu'un mauvais prétexte pour se dispenser d'une chose qu'elle considère comme pénible pour elle.

En effet, c'est parfaitement à tort qu'on a répété à satiété que les glandes mammaires des femmes, et surtout de celles qui habitent la ville, seraient diminuées et insuffisantes, et cela par une acquisition ancestrale. Von Bunge (1) en Allemagne déclare catégoriquement que cette impuissance à produire du lait est héréditaire ; en rapport avec la tuberculose, l'alcoolisme, les psychoses, et indique la déchéance et la dégénérescence de la race.

Il n'y a qu'un malheur dans tout cela : c'est que cette impuissance est absolument imaginaire. M^{me} Dluska (2) à Paris, après une sérieuse étude, déclare que sur 100 femmes, 99 peuvent nourrir leurs enfants : que plus des 4/5 des femmes sont dès le début d'excellentes nourrices ; les autres le deviennent après quelque temps. Sur 500 femmes observées à cet effet à la Clinique Baudelocque, 500 eurent suffisamment de lait.

Marfan dit que dans la classe ouvrière à Paris, il y a à peine 10 femmes sur 1.000 qui soient incapables de nourrir : « Parmi les femmes saines qui font une tentative d'allaitement presque les 2/3 sont capables de faire une bonne nourrice ; quant à l'autre tiers, les femmes qui le composent ne sont pas toutes des nourrices complètement insuffisantes ; quelques-unes peuvent en s'aidant du biberon, faire bénéficier leur enfant de leur lait. »

Roger Mesnil dans ses recherches sur 3.069 accouchées trouve : 82,2 0/0 avaient suffisamment de lait

(1) Von Bunge. Impuissance des femmes à allaiter ; causes et remèdes.

(2) Dluska. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. *Th. de Paris*, 1894.

pour nourrir leur enfant; 9,4 0/0 n'en avaient qu'en quantité médiocre; et 4,2 n'en avaient pas du tout par malformation du mamelon, ou un autre état pathologique. Donc en milieu hospitalier (l'expérience fut faite à la Clinique Tarnier) 96 0/0 des femmes peuvent nourrir leurs enfants.

En Allemagne, Nordheim, de Munich trouve 642 mères sur 1.000 n'ayant pas nourri; mais 1/3 seulement pour une raison autre que « ignorance et indifférence ».

A Londres, Blacker conclut de ses observations que le fait de n'avoir pas de lait est pour une femme absolument exceptionnel.

Au surplus, un lait peut être insuffisant au début, mais il arrive après quelque temps à être sécrété en quantité nécessaire. La fonction crée l'organe : la succion provoque la sécrétion lactée. Il y a une sorte de performance de la glande mammaire qui s'effectue avec son fonctionnement.

« Combien ai-je vu de mères, dit Porak, mauvaises nourrices au début, devenir des nourrices suffisantes, excellentes même avec le temps ».

A la Société d'Obstétrique de Paris fut présenté, le 20 décembre 1900, par le docteur Perret, l'observation d'une femme dont l'enfant nourri artificiellement était atteint de troubles digestifs. Cette femme était accouchée depuis trois semaines; ses seins étaient flasques et vides de lait. Pourtant en les exprimant on en retirait quelques gouttelettes. On la fit téter au début par un enfant vigoureux; à la fin de la première journée on n'obtint que 5 grammes de lait, le lendemain 30, puis 35 et la courbe devint définitivement ascendante. Le 20 dé-

cembre cette femme donnait 960 grammes, dont 605 à son enfant. La qualité du lait était sûrement suffisante puisque l'enfant prit régulièrement du poids tous les jours en proportion normale.

Budin dit qu'à la Maternité des débiles, 14 nourrices donnaient le sein à 50 enfants. En prenant, à l'aide de pesées, la quantité de lait fournie par chaque femme en 24 heures, on obtenait une moyenne de 2330 grammes de lait de composition normale.

Keiffer pense qu'il reste dans le sein beaucoup de lobules ne rentrant en sécrétion que sous l'influence de la succion.

Müller signale ce fait, dans ses voyages au Tonkin, que les indigènes qui n'ont pas de lait se font téter par un enfant vigoureux jusqu'à ce qu'elles en aient. Il dit que même de toutes jeunes filles en font autant pour se donner l'illusion de la maternité.

C'est qu'en effet, la succion est capable de provoquer la sécrétion lactée, même chez une femme vierge. Chaus sier cite l'observation d'une jeune fille de sa connaissance, qui allaitait un enfant. Baudelocque a présenté à l'Académie de Chirurgie, le 7 octobre 1783, une petite fille de 8 ans qui donnait le sein à un enfant de quelques mois, allaité par sa mère (1).

(1) On a même cité des observations d'hommes qui étaient devenus capables d'allaiter un enfant : le professeur Hall de Maryland a présenté un nègre de 35 ans qui avait allaité tous les enfants de ses maîtres.

MM. Hervé et de Lanoy, rapportent dans « *Voyage dans les Glaces* » qu'un jeune Chippewan, ayant perdu sa femme de suites de couches, allaitait lui-même son enfant.

Humbold parle d'un homme de 34 ans qui nourrissait son enfant, etc., etc...

Il résulte de cet ensemble de faits, qu'une sécrétion lactée, médiocre au début, devient plus abondante, par l'exercice ; ce qui ajoute encore au nombre des femmes qui peuvent allaiter elles-mêmes leurs enfants.

Les seules raisons physiques qui soient un véritable empêchement, sont : état cachectique, absence de mamelon aux deux seins, cardiopathies avancées, atrophie de la glande, lait manifestement impropre au nourrisson ; et la tuberculose en évolution.

Le grand obstacle à l'allaitement, c'est dans la classe aisée, la mauvaise volonté ; et dans la classe ouvrière, celle que nous avons toujours en vue dans nos Maternités : l'ignorance et les difficultés sociales de l'existence.

Au premier motif, nous opposons l'éducation de la mère pendant son séjour dans la Maternité, en lui montrant les excellents résultats de l'allaitement au sein et en l'exigeant d'elle.

Quant au second motif, il est de toute autre nature et considéré, par la plupart des auteurs, comme très difficile à éluder. Les travaux auxquels l'ouvrière est obligée de se livrer pour parer aux nécessités de la vie, sont souvent pour elle un empêchement à l'allaitement maternel. Outre les dérangements fréquents occasionnés dans la journée, l'enfant est encore un sujet de fatigue la nuit, quand il est mal dirigé et allaité irrégulièrement : la mère est obligée de tenir son enfant dans ses bras et de le promener toute la nuit, pour permettre au père fatigué par son labeur de reposer.

Cela devient une existence presque impossible pour les parents, une raison de plus d'abandonner l'allaitement maternel et de laisser l'enfant entre d'autres

maines. Or il y a moyen de remédier en partie à cet état de choses ; et nous montrerons, dans la suite de ce travail, qu'un enfant qui suit une hygiène alimentaire sérieusement réglée, doit laisser reposer ses parents toute la nuit ; qu'en outre il n'a pas besoin d'être allaité continuellement, durant le jour, et peut laisser au moins 3 heures de répit, entre chaque tétée, à la mère.

L'allaitement maternel n'est pas seulement une chose possible, il est encore dans l'intérêt et de la mère et de l'enfant.

Fréquemment, des jeunes filles se marient avec des troubles rattachés à la chloro-anémie, qui devenues mères, voient, pendant le temps où elles nourrissent, leurs échanges nutritifs s'améliorer : l'appétit augmenter et l'état général devenir excellent. L'allaitement régularise les phénomènes de l'état puerpéral ; il retarde l'ovulation trop hâtive et la fécondation qui peut en être la conséquence — il écarte la disposition aux hémorragies utérines quand elle existe. Pendant tout le temps du nourrissage, la femme ne cherche pas à reconquérir sa taille, à se serrer : ce qui facilite l'involution utérine ; empêche les versions et les flexions de l'utérus de se produire ; évite le refoulement des viscères dans le bas-ventre et les terribles pesanteurs qui en résultent.

A son tour, l'enfant trouve dans le lait maternel, l'aliment le plus propre à son développement et le plus apte à ménager son tube digestif fragile. « Le lait de femme pris au sein, dit Pinard, constitue la seule nourriture normale du nouveau-né ; la seule qui, par sa composition, soit suffisante et sans dangers. » Et c'est plus particulièrement le lait de la mère qui est réservé à

l'enfant et non pas le lait d'une femme quelconque. Comme le fait remarquer Desormeaux, on voit constamment des femmes faire de leurs propres enfants de très beaux élèves ; et n'en faire que de fort chétifs des enfants qu'on leur confie, sur la bonne apparence de leur nourrisson.

Raulin (1) écrivait en 1770, au sujet des jeunes enfants : « Tout autre lait que celui de leur mère les fait dégénérer ou les expose à des accidents dangereux. » Il est probable que l'estomac du nourrisson possède des diastases spécialement aptes à la digestion du lait maternel, à l'exclusion des autres laits. En tout cas, non seulement le lait de chaque femme présente une légère variation de composition, mais surtout il augmente de quantité et de richesse nutritive avec les jours qui suivent l'accouchement. Il s'adapte aux besoins de l'enfant et à la puissance digestive de son suc gastrique ; à tel effet, qu'à un enfant de 8 jours est nécessaire le lait d'une femme qui est mère depuis 8 jours ; un lait plus ancien provoquera le plus souvent des troubles digestifs quelquefois sérieux. Il y a là une harmonie entre le lait de la mère et l'estomac de l'enfant, que la nature a ménagée ; on ne devrait même pas songer à la détruire.

Un auteur du xvi^e siècle, Jacques Guillemeau déclare que : « Le plus expédient serait que l'enfant fût nourri de sa mère propre, plutôt que d'une étrangère ; pour que le lait, qui n'est que le sang blanchi duquel il a été fait et nourri neuf mois au ventre de sa mère, lui sera toujours plus familier que celui d'une autre femme. »

(1) Raulin. Conservation des enfants, 1770.

Il semble d'ailleurs que l'enfant ait besoin de puiser là un complément d'hérédité en quelque sorte. Une croyance ancienne était que le lait peut transmettre à l'enfant les défauts et les qualités de la nourrice. Exemple ce distique connu de Sennert :

Sugimus ingenium matris cum lacte ; cuique
Morum temperiem dant alimenta suam.

« Nous suçons avec le lait l'esprit de notre mère ; les aliments donnent à chacun leurs qualités. » On est actuellement revenu de cette idée qui n'est nullement prouvée.

Au reste il est facile de se rendre compte de l'importance et de l'utilité qu'a pour le nourrisson l'allaitement maternel, en considérant que la mortalité est toujours moins élevée chez l'enfant nourri par sa mère que chez les enfants soumis à tout autre mode d'alimentation. En 1852 Gübler (1) disait que sur 4 enfants 3 avaient chance de survivre avec l'allaitement maternel ; un seul avec l'allaitement artificiel. On peut presque à coup sûr affirmer qu'une multipare qui a perdu ses enfants antérieurs ne les a pas nourris, et c'est la cause de leur mort. Nous avons souvent interrogé des femmes à ce sujet, à la Clinique ; et malheureusement nous avons constaté à peu près toujours la réalité de ce fait.

A Paris, d'après Villemin, la mortalité est de 19 0/0 chez les enfants nourris par leur mère ; de 43 0/0 pour tous les autres modes d'allaitement.

« Sur les 20,000 nourrissons que Paris envoie tous les ans en province, 15,000 meurent dans leur pre-

(1) Gübler, *Union médicale*, janvier 1852.

mière année, et en appliquant proportionnellement ce chiffre à toutes les grandes villes, on peut mesurer l'étendue du mal! (Latapie). »

A la Clinique Baudelocque, M^{me} Dluska trouve qu'il y a 10 0/0 de morts parmi les enfants nourris par leur mère; et 45,7 0/0 parmi les autres.

A Munich la mortalité est de 11 0/0 chez les premiers de 89 0/0 chez les seconds.

A Strasbourg, Stoltz indique 19 0/0 et 87 0/0.

En Russie, l'usage veut que la mère reste les six premiers mois après ses couches sans sortir, afin de pouvoir consacrer tous ses soins à son enfant; pendant cette période de temps, la mortalité n'est que de 6 0/0 (1).

En Finlande, en Islande, en Suède, Norvège, au Danemark où la règle est l'allaitement maternel, la mortalité varie entre 10 et 13 0/0 chez les enfants de la première année.

Dans une statistique, Budin déclare avoir eu dans son service 191 cas de mort par entérite dans un laps de temps de 36 jours. Sur ce nombre 168 enfants n'étaient pas nourris par leur mère.

Toutes ces observations amènent bien à se rendre à cette idée de Pinard : « Le lait de la mère appartient à son enfant. » L'en priver c'est d'avance le sacrifier.

Or en parcourant les différentes époques, on peut voir que l'allaitement maternel a été décroissant peu à peu; et alors que toute femelle suffit à nourrir son petit, seule la femme a souvent refusé cet acte naturel.

(1) Russow. — *Vergleichende Beobachtung-Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1881.

Chez les Grecs l'allaitement maternel était le seul admis. C'est ainsi qu'à Sparte, les lois de Lycurgue faisaient un devoir absolu à chaque mère d'allaiter elle-même son enfant. A Athènes, une femme qui ne nourrissait pas son enfant était vouée à la déconsidération de tout le monde et notée d'infamie.

Les premiers temps de Rome ne connurent également que l'allaitement maternel, encore que le fondateur de la fameuse cité fût le nourrisson d'une louve. Ce n'est que plus tard que le luxe entrant dans les mœurs romaines, les matrones refusèrent de nourrir leurs enfants. Quintilien déjà se plaint de cet état de choses; il regrette de voir s'évanouir les habitudes sacrées léguées par les ancêtres.

Chez les Germains les femmes allaitaient elles-mêmes leurs enfants, ainsi que nous l'apprennent les auteurs latins. C'était même pour la mère un subterfuge que de donner à téter à son enfant dès les premiers moments de sa naissance; car dès qu'il avait avalé du lait, si peu cela fût-il, le père n'avait plus le droit de l'empêcher de vivre.

Galien (131 à 210 de l'ère chrétienne) dans son ouvrage « *De Sanitate tuenda* » prône pour ses contemporains l'allaitement au sein de la mère.

Chez les Arabes, Avicenne (980 à 1037) avait obtenu, grâce à sa grande autorité, que la mère nourrisse son enfant.

En France, ce fut à partir du quatorzième siècle que les femmes cessèrent l'allaitement. « Les femmes ont perdu l'habitude de l'allaitement maternel pour diverses raisons, dit René de Gros dans le « *Jardin des Nobles* »; la première, pour ce que ce n'est pas la coutume de

nourrir ; la deuxième pour plus garder leur beauté et frescheté ; la tierce pour plus prendre esbatement à leurs maris et c'est incontinence. »

En 1600 Van Helmont déconseille l'allaitement maternel et il ne cache pas sa répugnance pour l'alimentation lactée du nouveau-né : « *Odi ergo infantis nutritionem per lac intentatam.* »

Avec le dix-huitième siècle cet état de choses va en empirant ; l'allaitement maternel n'est plus qu'une exception. Voici ce que dit Franck à propos de Paris : « Dans cette grande ville, l'allaitement maternel était devenu quelque chose d'insolite, et même de méprisable. » J.-J. Rousseau dit, en exagérant peut-être : « Un mari qui oserait consentir que sa femme nourrit son enfant serait un homme perdu ; l'on en ferait un assassin qui veut se défaire d'elle. »

Au dix-neuvième siècle enfin, le raffinement croissant des mœurs, le besoin de plaisirs sans cesse plus impérieux, augmente énormément le nombre des mères qui refusent d'allaiter leurs enfants. Tarnier ne trouve qu'une mère sur huit pour nourrir son enfant ; Blache une sur cinq ; Nivert une sur cinq également. De plus la création des grands centres industriels, les travaux pénibles de la femme du peuple, sont venus mettre un obstacle nouveau à l'allaitement maternel, même dans la classe ouvrière. Seul le paysan a continué simplement l'allaitement par la mère.

A Lyon particulièrement, la classe riche abandonne totalement l'allaitement naturel ; l'industriel s'imaginer pouvoir faire juger son crédit financier à l'étalage plus ou moins luxueux d'une nourrice mercenaire.

C'est le même état de choses en Allemagne; Rudinger dit: « L'allaitement est considéré dans notre pays comme un acte indigne d'une mère vigilante et d'une femme respectable, bon tout au plus pour une bohémienne ou une chaudronnière. »

Pourtant, il convient de dire que des progrès sérieux ont été faits à la fin du siècle en faveur de l'allaitement maternel; et que grâce aux efforts incessants faits par les pédiâtres, grâce à la vulgarisation encore qu'incomplète de l'hygiène infantile, l'alimentation de l'enfant au sein de la mère semble revivre.

C'est ainsi que Budin, dans une communication récente à l'Académie de Médecine (24 mai 1904) déclare qu'à la consultation des nourrissons de la Clinique Tarnier, 95 pour 100 des enfants sont allaités par leurs mères.

Il est à souhaiter que ce nouvel élan va continuer à grandir; que l'éducation qu'on fera de la mère dans les Maternités la convaincra davantage de l'utilité de l'allaitement au sein; qu'elle comprendra que parturition et allaitement sont dans une étroite dépendance; ou plutôt, que la première n'a de raison d'être que par la seconde: « *Mater est quæ lactavit, non quæ genuit* » (*Phèdre*). Ce principe fondamental acquis, restera à établir comment cette alimentation au sein doit être réglée; de quelle façon on pourra assurer à la jeune mère le minimum de fatigues en même temps qu'au jeune enfant le maximum de chances de survie.

CHAPITRE III

Nécessité d'une réglementation dans l'alimentation du nouveau-né.

Si l'allaitement naturel au sein est déjà une sérieuse garantie pour la santé de l'enfant et une chance de plus de le sauvegarder des entérites et de tout trouble digestif, il faut ajouter que l'on ne peut compter d'une façon certaine sur ces résultats qu'à condition d'établir un régime alimentaire étroitement astreint à une règle.

Quoi qu'on puisse en penser, l'instinct n'apprend pas grand'chose en cette matière ; il doit être sous la dépendance et sous la direction d'une expérience longuement acquise et raisonnée. « Aucun enfant n'est devenu malade pour avoir tété d'une manière régulière ; beaucoup le sont devenus pour avoir été mis au sein sans aucune règle que le caprice exprimé par leurs cris » (Marfan).

Il ne faut pas perdre de vue que l'on s'adresse à un organisme à peine achevé. Au moment de la naissance, c'est pour ainsi dire brutalement que le tube digestif entre en fonction. Jusqu'alors, la veine ombilicale apportait des matériaux déjà élaborés. Cette brusque mise en jeu de son rôle est un motif de son peu de résistance.

On peut prévoir, donc éviter les dangers qui menacent le tube digestif du nourrisson, rien qu'en considérant la structure anatomique et la contenance de l'estomac. C'est un organe excessivement mince et peu résistant : la tunique musculaire qui, plus tard, lui donnera sa force et sa tonicité, est ici presque absente, ou du moins tellement réduite que sa contraction est à peu près insignifiante. D'ailleurs, n'ayant besoin que d'un aliment liquide dont l'écoulement est encore favorisé par la disposition verticale de l'estomac, le tube digestif du nourrisson n'aurait que faire de muscles puissants. Ce manque de tonicité de la poche stomacale permet donc facilement sa dilatation sous l'influence d'un fardeau trop lourd ou agissant d'une façon continue. Et cette dilatation va former une disposition acquise qui ne pourra revenir que très difficilement sur elle-même, en raison même du défaut de contractilité des parois.

De plus, la capacité de l'estomac est, chez le nourrisson, très restreinte : d'après Marfan, elle mesurerait 40 à 50 cc. à la naissance, pour atteindre 60 à 70 cc. après un mois. Benecke donne comme capacité, à la naissance, 35 à 40 cc. Or, ces chiffres résultent d'autopsies et il est à croire que pendant l'existence ils sont plus faibles, les tissus étant en résolution totale après la mort.

Il faut conclure de tout ceci que l'estomac du nouveau-né est un organe excessivement fragile, qu'il est digne de toutes sortes de précautions ; par conséquent, qu'il faut régler la quantité d'aliments à y introduire et le moment où ils doivent être donnés. À quoi bon admi-

nistrer une quantité de lait supérieure à la capacité de la poche stomacale ; le contenu ne peut pas être supérieur au contenant. Outre l'effort que cela ferait supporter à l'estomac, le surplus serait inévitablement rejeté au dehors, donc inutile. Et puis, l'élaboration digestive qui rend assimilable l'aliment ne s'effectue pas quand l'estomac est trop rempli. Une partie du lait devient alors la proie des microbes vivant normalement dans le tube digestif, ce qui donne lieu à des fermentations anormales.

D'une façon générale, le nourrisson prend plus de nourriture qu'il n'en a besoin ; évidemment, il a droit à plus d'aliments que l'adulte, puisqu'il a à subvenir, en outre de son entretien, à son accroissement ; de plus, il a une déperdition de calorique plus grande que l'adulte, puisque sa surface spécifique est plus grande que celle de ce dernier. Mais on peut tenir compte de tout cela en réduisant encore la quantité d'aliments qu'on donne souvent au nourrisson.

Budin déclare que l'enfant n'a besoin que de 100 grammes au plus de lait pur par kilogramme de son poids, soit 300 grammes en vingt-quatre heures pour un enfant de 3,000 grammes. « Ce chiffre paraît peu considérable, cependant, si, à un enfant qui pèse 7 kilogrammes, on donne 700 grammes de lait, cela correspondrait, pour un adulte de 70 kilogrammes, à 7 litres ». Un enfant de 4 kilogrammes qui prend 1 litre de lait absorbe autant qu'un adulte de 80 kilogrammes qui prendrait 20 litres.

Or, Budin vit un nouveau-né de quelques jours auquel on donnait 800 grammes de lait. C'est irrai-

sonné, excessif, et pourtant ce qui arrive le plus souvent.

Budin et Planchon réprouvent cette suralimentation du nouveau-né (1). Ils ont obtenu, à la consultation gratuite, grâce à leurs multiples et expresses recommandations, de ne faire donner que le moins de lait possible aux enfants : sur 712 enfants observés, ils n'eurent aucun cas d'entérite. « Il vaut mieux, ajoutent-ils, que l'alimentation soit un peu insuffisante. En effet, si l'enfant ne prend pas assez, il peut ne pas s'accroître, il peut même diminuer de poids, mais il n'aura pas de troubles digestifs. » On n'a qu'à augmenter la quantité de lait d'un peu, pour voir repartir la courbe ascendante de poids. Il est donc très facile de remédier à un manque d'alimentation ; il est souvent trop tard pour arrêter une entérite longuement préparée par une suralimentation exagérée.

La suralimentation du nourrisson est produite de deux façons : tétées trop abondantes ; tétées trop rapprochées. Les premières surdistendent le tube digestif : ce sont des tétées trop prolongées, pendant lesquelles le nourrisson prend du lait autant qu'il en veut, jusqu'à ce qu'il en ait assez. Les secondes ne laissent pas un moment de répit au tube gastro-intestinal et le forcent pour ainsi dire à un fonctionnement incessant. Ce sont presque toujours les cris du petit être qui sont pour la mère une incitation à lui donner le sein. Incapable de résister à ces plaintes de leur enfant, elles préfèrent lui céder, quitte à risquer quelque grave danger pour sa

(1) Budin et Planchon (*Bulletin médical*, 6 janvier 1904).

santé. Il est un préjugé invétéré, qu'on ne pourra jamais arracher de l'idée des femmes, à savoir : que l'enfant qui crie réclame du lait parce qu'il a faim. Or rien n'est moins exact : les cris sont en rapport avec un état de souffrances, de coliques, de diarrhées ; ils sont souvent uniquement causés par le froid, par un malaise produit par des langes souillés, de fausses positions dans le maillot, etc., etc. Fonssagrives va jusqu'à prétendre que l'enfant crie pour exercer ses organes vocaux, de même qu'il exerce ses membres en les remuant.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'enfant qui meurt de faim ne crie pas ; le suralimenté crie beaucoup. Et c'est ici un cercle vicieux pour la mère : car plus il crie, plus facilement elle lui cède ; or, plus il prend de lait, plus il est apte à crier du fait du mauvais état de son tube digestif produit par cet excès de nourriture.

Raulin (1) dit : « On ne doit jamais chercher à apaiser les douleurs qui inquiètent les enfants, de quelque nature qu'elles soient, en leur donnant de la nourriture. C'est perpétuer les causes de leurs souffrances le plus souvent. »

On a cité l'observation de femmes, qui sont heureusement l'exception, pour lesquelles c'était un besoin constant de donner le sein, même quand l'enfant ne manifestait aucun désir de téter. Il se produit chez elles, au niveau des mamelles, à la simple vue de leur enfant, un phénomène nerveux bizarre, comparable à cette sécrétion des glandes digestives à la vue de certains mets savoureux : « *L'eau en vient à la bouche.* » Il y aurait

(1) Raulin, *loc. cit.*

même des femmes chez lesquelles ce phénomène nerveux s'exagérant, deviendrait une cause de volupté particulière.

La nécessité d'une réglementation sérieuse de l'allaitement du nourrisson se comprend encore bien plus quand on compare les effets déplorables que cause le manque d'hygiène, avec les résultats avantageux d'une alimentation régulièrement suivie.

Déjà en 1770 Raulin (1) écrivait, en parlant des enfants en bas-âge : « Leurs maladies viennent toujours de réplétion et de surabondance d'humeurs. » Ce qu'il y a de certain, c'est que le nourrisson qui tète trop longtemps, ou qui absorbe du lait continuellement, sans heures régulières, sans aucune mesure préalablement établie, finit toujours par présenter un état général peu satisfaisant.

Il faut bien savoir que malgré ce mauvais régime, l'enfant est, dans une première période, en état excellent, il peut augmenter de poids même d'une façon démesurée : c'est la période de résistance du tube digestif. Mais bientôt arrive un moment où les troubles se produisent : l'enfant n'a plus de sommeil, il passe la nuit entière à crier et à remuer ; il faudrait être continuellement à le bercer pour le calmer un peu.

Puis arrive une troisième période où le dérèglement est manifeste et se traduit par des troubles encore plus marqués. Les téguments sont flasques, dépressibles ; les fontanelles béantes pendant de longs mois ; la peau est souvent le siège d'éruptions ; le ventre est proémi-

(1) Raulin, *loc. cit.*

nent quand l'enfant est tenu debout, étalé en ventre de batracien quand il est étendu sur le dos, et avec cela présente une résistance marquée à la pression.

Mais c'est le mauvais état du tube digestif qui domine : ce sont des régurgitations fréquentes dès que l'enfant est enlevé du sein, ce qui dénote bien que l'estomac a pris plus qu'il ne pouvait contenir. D'ailleurs, entre les tétées, l'enfant ne tarde pas à vomir le lait qu'il a pris en trop grande abondance. Ces vomissements, indice d'un trouble gastrique, sont au contraire regardés comme favorables par les matrones qui s'appuient pour cela sur un vieux dicton aussi faux que possible, mais qu'elles ne manquent pas de mettre en avant : « Enfant vomissant, enfant bien venant. »

La diarrhée ne tarde pas à s'établir, accompagnée de coliques, de fermentations intestinales qui se traduisent par des gaz fréquents. Les selles sont acides, d'odeur âcre ; on y retrouve parfois des fragments de caseum que l'estomac n'a pas eu le temps de digérer. Sous l'influence de leur acidité il se produit un érythème quelquefois très prononcé de tout le siège. C'est là pour l'enfant une cause nouvelle de souffrances, qu'il traduit par son agitation et ses cris.

Enfin un aussi mauvais état ne peut qu'influencer fâcheusement son développement ; aussi la courbe de poids ne peut-elle que baisser progressivement, et on assiste ainsi au dépérissement complet du pauvre petit être.

Il en est tout à fait autrement de l'enfant soumis à une hygiène alimentaire régulièrement établie, et exactement observée. On ne le laisse au sein qu'un temps

déterminé et toujours le même ; on ne l'y remet qu'après un laps de temps toujours identique à lui-même. Aussi jouit-il d'un état général excellent : les tissus sont fermes et les chairs résistantes ; la face est ronde, le regard éveillé ; la peau n'a aucune espèce d'éruption. Il n'y a que rarement des régurgitations et à peu près jamais de vomissements. S'il s'en produisait parfois, ils ne sont nullement tenaces, tout à fait fugitifs et exceptionnels. Les selles sont homogènes, consistantes ; ne se produisant que trois à quatre fois les premiers mois. Les fesses ne sont pas rouges comme chez le suralimenté. Le ventre reste souple et légèrement rebondi.

Enfin l'enfant astreint à une hygiène alimentaire réglée sérieusement partage son temps entre le sommeil et les tétées.

La courbe du poids enregistre ce bon état général en s'élevant progressivement et d'une façon régulière, parallèlement à la courbe type.

Nous devons dire pourtant qu'il peut y avoir des exceptions à cette règle générale ; que des enfants soumis à des tétées régulières dans le temps et dans l'espace peuvent pourtant présenter des troubles digestifs et même dépérir.

Deux causes sont alors à incriminer :

1° La composition du lait de la mère peut ne pas convenir à l'état du tube digestif de l'enfant. Nous avons dit précédemment combien c'était chose exceptionnelle, et combien il fallait se méfier avant tout d'un dérèglement des tétées, l'examen du lait ne vient qu'en dernier lieu.

La graisse ou la caséine peuvent être dans le lait en proportions insuffisantes : l'enfant alors dépérit, sans troubles gastriques; il faut recourir à l'allaitement mixte, au moins pour commencer — car il est probable que le lait se fortifiera peu à peu.

La graisse ou la caséine peuvent être dans le lait en proportion trop fortes. Ce sont surtout les laits fortement beurrés qui entraînent chez le nourrisson des troubles gastro-intestinaux. La digestion en est particulièrement difficile et l'état général de l'enfant s'en ressent. Dans ce cas une analyse du lait est nécessaire : et la prédominance exagérée du beurre ayant été reconnue, il s'agit alors de modifier le régime alimentaire du nourrisson conformément à la variation de composition du lait de la mère.

On prescrit alors des tétées de durée plus courte, puisque les substances alimentaires sont plus concentrées. Quelquefois même, cela ne suffisant pas, et pour ne pas tomber à une quantité de lait par trop minime, qui ne donnerait pas assez de caséine à l'enfant, on peut avoir recours à un autre système : on prescrit quelques grammes d'eau bouillie à faire prendre avant chaque tétée : cela a l'avantage d'étendre un peu le lait de la mère, par conséquent de diluer la graisse d'autant.

Nous nous souvenons avoir vu à la consultation une femme W..., primipare, nous assurant donner le sein à son enfant âgé de 20 jours exactement toutes les trois heures et durant 10 minutes chaque fois, ainsi qu'on le lui avait enseigné lors de son séjour dans la Clinique. Malgré cela l'enfant criait toute la nuit, était insupportable la journée, vomissait, avait une diarrhée rebelle ;

ses fesses étaient atteintes d'un érythème extrêmement marqué et très étendu ; des éruptions s'étaient produites sur tout le corps. En somme c'était indiscutablement un enfant suralimenté. La mère ayant beaucoup de lait, on prescrit des tétées de 8 minutes de durée. Puis cet état persistant, on réduit les tétées à 5 minutes. Aucun changement bien sensible. On fit alors l'analyse du lait de la mère : 20 grammes de caséine et 44 grammes de beurre. La durée de chaque tétée fut abaissée à 3 minutes ; on eut soin en même temps de faire prendre avant chaque tétée 10 à 20 grammes d'eau bouillie. Les troubles intestinaux disparurent peu à peu, avec quelquefois des retours offensifs. L'état général se rétablit et le développement put se faire normal.

M. Guiraud (consultation de M. Saint-Philippe à Bordeaux) a communiqué l'observation de deux cas de diarrhée et dyspepsie produites par un excès de graisse dans le lait maternel : les tétées étaient régulièrement réglées comme durée et comme intervalle. Les cris étaient continus ; pas de sommeil. Une des mères avait 50 gr. 8 de beurre dans son lait ; l'autre 59 gr. 10. Guiraud supprime une tétée sur deux ; dix jours après, pour le premier enfant, douze pour le second, la diarrhée disparaissait avec tous les troubles morbides et le poids augmentait.

Budin et Michel publient aussi des observations confirmant ces faits.

M. Babeau cite une nourrice qui avait 64 grammes de beurre par litre de lait, — l'enfant avait tous les signes de la suralimentation.

Bard a cité une nourrice qui avait 70 grammes de beurre par litre — ce qui paraît extraordinaire.

Ces exagérations dans la teneur en graisse d'un lait peuvent tenir à une simple idiosyncrasie. Mais on a encore accusé d'autres motifs : le défaut d'exercice, ou le repos exagéré chez une femme qui allaite auraient pour effet la production d'un lait trop gras. Lyon Playfair a étudié ce fait sur une femme qui tantôt développait une grande activité, tantôt vivait au lit. Au reste tout le monde sait bien qu'une vache fournit un lait plus riche en beurre quand elle reste à l'étable que lorsqu'elle est mise au pâturage. A. Gautier confirme ce fait que l'exercice appauvrit le lait en beurre.

Ludwig prétend qu'un lait trop gras serait souvent un indice de tuberculose chez la mère.

Enfin Roche a trouvé que le lait devenait plus riche en beurre au moment des règles de la mère, c'est peut-être la cause des troubles survenant chez le nourrisson parfois aux époques cataméniales des mères réglées.

2° Les tétées restant parfaitement régulières dans le temps et dans l'espace, le lait ayant une composition moyenne normale, il peut y avoir des troubles gastro-intestinaux provenant de l'infection des voies digestives. Les drogues administrées aux enfants telles que sirop de chicorée, eau de fleurs d'oranger, etc. etc. en sont souvent causes ; et on ne saurait trop s'élever contre cette manie qu'ont les mères d'en faire usage.

Au premier abord, il semble que l'allaitement au sein évite au nourrisson toute chance d'infection micro-organique. — Dans la grosse majorité des cas, cela est vrai. Il arrive pourtant que des mères oubliant d'essuyer ou de laver leur mamelon après la tétée con-

servent là des parcelles de lait qui s'aigrit peu à peu ; il y a donc production de champignons, qui avalés par l'enfant au moment de la tétée suivante, vont déterminer une infection de son tube digestif.

Nous avons déjà fait remarquer combien tous ces cas étaient exceptionnels, on pourrait presque les laisser de côté complètement ; ils ne sont nullement faits d'ailleurs pour infirmer ce que nous avons cherché à prouver, à savoir : qu'une réglementation sévère et rationnellement établie est indispensable pour le bon fonctionnement du tube digestif du nourrisson.

Une hygiène alimentaire ainsi comprise permet de sauvegarder bien souvent l'allaitement maternel ; car les troubles gastro-intestinaux qui surviendraient sans elle, ne manqueraient pas d'être mis sur le compte d'une mauvaise qualité du lait de la mère ; prétexte excellent pour recourir au biberon.

CHAPITRE IV

L'espacement des tétées à toutes les trois heures à partir du septième jour.

A la Clinique Obstétricale de la Charité de Lyon, M. le professeur Fabre a établi une méthode d'allaitement ayant l'avantage à la fois d'épargner au tube digestif du nourrisson une surcharge dangereuse et de lui assurer pourtant une alimentation suffisante pour parer à l'entretien et au développement de l'enfant.

Ce dernier n'est mis au sein pour la première fois que vingt-quatre heures après sa naissance : soit une tétée pour le premier jour.

Le second jour l'enfant tète deux fois : à 6 heures du matin et à 6 heures du soir.

Le troisième jour trois fois : 6 heures du matin, midi et 6 heures du soir.

Quatre fois le quatrième jour : à 6 heures du matin ; à 10 heures ; à 2 heures de l'après-midi et à 6 heures du soir.

Cinq fois le cinquième jour : à 6 heures du matin ; à 10 heures ; à 2 heures de l'après-midi ; à 6 heures et à 10 heures du soir.

Le sixième jour l'enfant fait six tétées : à 6 heures

du matin ; à 9 heures ; à midi ; à 3 heures ; à 6 heures et à 9 heures du soir.

Jusque-là il n'y a donc aucune tétée de nuit ; l'enfant fait chaque jour une tétée de plus que la veille, en ayant soin de laisser un intervalle toujours le même entre chaque tétée.

A partir du septième jour, on établit définitivement des tétées toutes les trois heures en ajoutant une tétée de nuit vers minuit : ce qui fait sept tétées par vingt-quatre heures.

Le poids de l'enfant est relevé chaque jour et contribue avec le poids des jours précédents et les poids suivants à former une courbe sur laquelle on peut suivre le développement de l'enfant et ainsi surveiller son état général.

D'une façon générale l'enfant n'est laissé que dix minutes au sein. Sauf exception, relevant d'une malformation d'un mamelon ou de troubles pathologiques transitoires, les deux seins doivent être offerts à chaque tétée : cinq minutes chaque. La mère se ménage ainsi une sécrétion lactée normale des deux côtés ; ce qui rend possible la continuation de l'allaitement maternel au cas où l'un des seins, par suite de crevasses ou de gerçures ou même d'abcès, ne pourrait plus être donné pendant quelque temps. L'allaitement à un seul sein, est en effet le sacrifice de l'autre glande qui devient incapable de sécréter après peu de jours.

La durée de dix minutes pour chaque tétée, souffre pourtant des exceptions quelquefois. Une mère qui a peu de lait, surtout une primipare dans les premiers jours de son allaitement, pourra garder au sein son en-

fant un quart d'heure et vingt minutes, parfois même un peu plus, afin de permettre au nourrisson de prendre une quantité de lait suffisante. Par contre celle qui a un lait très abondant et surtout celle dont le lait possède une teneur en beurre et en caséine de beaucoup supérieure à la normale, est invitée à ne laisser son enfant que huit, six minutes et même moins comme dans l'observation de la nommée W... que nous citons précédemment.

Nous devons ajouter qu'à la Clinique Obstétricale, les enfants ne sont pas laissés toute la journée à la disposition des mères. Sans cela on ne serait jamais certain de l'observation exacte de cette hygiène alimentaire ; et les résultats obtenus en seraient faussés. Pour éviter que les mères cèdent à leurs préjugés habituels et aux cris de leurs nourrissons, les enfants sont soustraits à leurs nourrices pendant l'intervalle des tétées ; ils leur sont distribués aux heures marquées pour l'allaitement.

Le système est ainsi appliqué aussi strictement que possible ; et après quelques jours la mère est obligée de se rendre compte que l'excellent état général de son enfant, que son poids croissant, justifient pleinement cette hygiène alimentaire. C'est donc pour elle une instruction pratique pendant son séjour dans la Maternité. Il y a bien des chances pour qu'une fois sortie de la Clinique elle ne change rien à ce mode d'allaitement qu'elle y aura appris et dont elle aura vu les avantages.

Cette hygiène alimentaire du nourrisson, plus sévère que celle employée communément ailleurs, peut parfois, surtout au début, être difficilement acceptée de l'enfant. Le mieux est de laisser crier le petit être pen-

dant quelque temps ; si l'on est suffisamment ferme pour ne pas céder, il s'habitue peu à peu à ce régime et, après quelques jours, y sera parfaitement soumis. On peut pourtant pour obtenir le calme et tromper l'attente de l'enfant, lui faire prendre dans un biberon stérilisé de l'eau bouillie en très petite quantité. Cette eau stérile n'a aucun inconvénient pour le nourrisson et présente l'avantage d'éviter à la mère de rompre l'intervalle régulier des tétées en donnant le sein et d'être incommodée, surtout la nuit, par les cris de l'enfant.

Ceci est surtout applicable aux nourrissons qui n'ont pas été astreints à cette hygiène alimentaire dès leur naissance ; les autres s'y plient plus facilement.

D'une façon générale, les différents auteurs indiquent moins de trois heures d'intervalle entre les tétées, et dernièrement encore l'Académie de médecine (*Bulletin* du 31 mai 1904) invitée à donner son avis sur l'espace-ment des tétées donnait comme règle deux heures d'intervalle. C'est d'ailleurs ce qui est adopté à peu près dans toutes les contrées pour les premiers jours de l'allaitement.

Certains ont pourtant un peu étendu cet intervalle et nous avons même trouvé mentionné l'espacement de trois heures. Mais l'ensemble de la méthode que nous venons d'exposer ci-dessus, n'est employé qu'à Lyon.

Raulin, au XVIII^e siècle, parle de ne faire téter l'enfant que toutes les trois heures pendant les deux premiers mois, dès le premier jour de la naissance en commençant trois heures après l'accouchement.

Quant à Natalis Guillot, il parle de trente tétées par vingt-quatre heures.

Bouchaud fait varier le nombre de tétées entre cinq et vingt par jour.

En 1878, Brochard parle de tétées toutes les trois heures ; voici ce qu'il écrivait dans la *Gazette des hôpitaux* de cette époque : « Pendant les premières semaines l'enfant ne devra prendre absolument aucune autre nourriture que le lait de sa mère ; les tétées devront être fixées à des heures régulières, toutes les trois heures environ, de façon à reposer la mère d'une part, et d'autre part à laisser la digestion du contenu stomacal se terminer. On éloignera les heures peu à peu et progressivement... les heures de tétées doivent être réglées pour la nuit ; on peut les fixer ainsi : 7 à 8 heures du soir ; 11 heures ; puis 4, 5 ou même 6 heures. »

Dans son *Traité pratique de l'hygiène de l'enfance*, Uffelman à son tour dit : « L'enfant dans les premières heures de la vie, boit, en moyenne, toutes les trois heures à trois heures et demie... il n'y a pas nécessité pressante à lui donner le sein pendant la nuit. »

Maygrier : « Toutes les deux ou trois heures le jour ; une fois au plus pendant la nuit. »

Granché et Comby dans leur *Traité des maladies de l'enfance* donnent comme règle deux heures entre les tétées ; ils disent même que la régularité est tout à fait superflue pour ce qui est de l'allaitement les premiers jours.

Pour Marfan, le premier repas ne doit être fait que vingt-quatre heures après la naissance. L'enfant est ensuite mis au sein toutes les quatre heures jusqu'au troisième jour où le sein est donné toutes les trois heures. A

partir du cinquième jour, tétées toutes les deux heures et demie.

Dans leur *Précis d'accouchements*, Dubrisay et Jeannin donnent comme méthode d'allaitement de mettre l'enfant au sein douze heures après l'accouchement la première fois ; d'espacer les tétées de quatre heures le premier jour, de trois heures le second et de deux heures et demie à partir du troisième jour.

Ribemont-Dessaignes et Budin se rattachent à la méthode employée généralement : espacement des tétées toutes les deux heures.

L'intervalle de trois heures peut probablement être encore augmenté sans nuire aucunement au développement de l'enfant. Un auteur écossais, Fotherghill (1) parle de tétées espacées de trois ou quatre heures le jour et de six ou sept heures la nuit.

Les Anglais restent généralement silencieux sur cette question et ne semblent pas s'intéresser au sort des enfants.

En Allemagne, nous n'avons rien trouvé se rapportant à l'intervalle de trois heures, encore moins à l'ensemble de la méthode de la Charité.

L'hygiène alimentaire du nourrisson tel que la fait appliquer à la Charité M. le professeur Fabre, et telle que nous venons de la décrire ci-dessus est parfaitement en rapport avec la fragilité du tube digestif du jeune enfant. Le grand intervalle entre les tétées pendant les tout premiers jours de l'existence permet au tube gastro-intestinal de s'habituer en quelque sorte peu

(1) Fotherghill. *Manual of midwifery*.

à peu au rôle qui lui est dévolu ; on évite ainsi son irritation précoce. L'expulsion du méconium et des glaires stomacaux est ainsi favorisée et non plus retardée par l'encombrement des substances alimentaires. Les tétées espacées de trois heures à partir du septième jour permettent ensuite d'éviter la surcharge de l'estomac ; la suralimentation avec ses effets désastreux.

L'estomac a alors le temps de se débarrasser de son contenu, avant qu'une nouvelle dose d'aliments ne lui soit administrée.

Il faut, en effet, tenir compte du temps que met l'estomac du nourrisson à digérer une quantité donnée de lait, pour pouvoir bien apprécier quel temps doit être mis entre chaque tétée.

En ce qui concerne l'adulte, Reichmann conclut de ses expériences qu'il faut trois heures pour que 300 centimètres cubes de lait soient digérés, en moyenne. Beaumont chez son fameux Canadien vit qu'il fallait 2 heures et demie.

Uffelmann qui a conduit des recherches sur la digestion du lait chez le nourrisson conclut qu'il faut au moins deux heures pour que l'estomac de ce dernier se débarrasse totalement de son contenu, ceci pour une tétée de valeur moyenne.

Nous avons enfin entrepris nous-même, à la Clinique Obstétricale de la Charité, quelques expériences sur ce point.

Nos recherches n'ont porté que sur des enfants nourris au sein, bien entendu. Nous avons eu soin d'enregistrer pour chacun de nos petits sujets, la quantité de lait prise pendant la tétée sur laquelle

devait porter notre investigation. La digestion doit être, en effet, d'autant plus longue que la quantité de lait ingérée est plus grande. Aussi avons-nous choisi autant que possible des tétées de poids moyen afin d'avoir des résultats applicables à la moyenne des cas.

Nous nous sommes rendu compte du moment où le lait passait dans l'intestin en faisant le cathétérisme de l'estomac à l'aide d'une sonde de Nélaton, deux heures, deux heures et quart et deux heures et demie après la tétée.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

A) *Deux heures et demie après la tétée.*

- 1 Lit n° 9. Enfant de 8 jours. Quantité de lait prise :
70 grammes. On ne retire rien deux heures
et demie après la tétée.
- 2 Lit n° 13. Enfant de 7 jours. Quantité de lait prise :
80 grammes. On ne retire rien deux heures
et demie après la tétée.
- 3 Lit n° 8. Enfant de 9 jours. Quantité de lait prise :
90 grammes. On ne retire rien deux heures
et demie après la tétée.

B) *Deux heures et quart après la tétée.*

- 4 Lit n° 7. Enfant au 8^e jour. Quantité de lait prise :
90 grammes. On retire du lait deux heures
et quart après la tétée.
- 5 Lit n° 2. Enfant de 9 jours. Quantité de lait prise :
60 grammes. On ne retire rien deux heures
et quart après la tétée.
- 6 Lit n° 8. Enfant de 10 jours. Quantité de lait prise :
110 grammes. On retire du lait deux heures
et quart après la tétée.

- 7 Lit n° 20. Enfant de 9 jours. Quantité de lait prise :
65 grammes. On ne retire rien deux heures
et quart après la tétée.
- 8 Lit n° 37. Enfant de 8 jours. Quantité de lait prise :
70 grammes. On ne retire rien deux heures
et quart après la tétée.
- 9 Lit n° 14. Enfant de 8 jours. Quantité de lait prise :
85 grammes. On retire du lait deux heures
et quart après la tétée.
- 10 Lit n° 17. Enfant de 9 jours. Quantité de lait prise :
90 grammes. On retire du lait deux heures
et quart après la tétée.
- 11 Lit n° 13. Enfant de 10 jours. Quantité de lait prise :
110 grammes. On retire du lait deux heures
et quart après la tétée.
- 12 Lit n° 21. Enfant de 8 jours. Quantité de lait prise :
60 grammes. On ne retire rien deux heures
et quart après la tétée.

C) Deux heures après la tétée.

- 13 Lit n° 5. Enfant de 8 jours. Quantité de lait prise :
60 grammes. On retrouve du lait deux
heures après la tétée.
- 14 Lit n° 8. Enfant de 9 jours. Quantité de lait prise :
95 grammes. On retrouve du lait deux
heures après la tétée.
- 15 Lit n° 7. Enfant de 7 jours. Quantité de lait prise :
90 grammes. On retrouve du lait deux
heures après la tétée.
- 16 Lit n° 21. Enfant de 9 jours. Quantité de lait prise :
100 grammes. On retrouve du lait deux
heures après la tétée.

- 17 Lit n° 10. Enfant de 8 jours. Quantité de lait prise :
100 grammes. On retrouve du lait deux
heures après la tétée.
- 18 Lit n° 39. Enfant de 7 jours. Quantité de lait prise :
55 grammes. On retrouve du lait deux
heures après la tétée.

Il en résulte que deux heures et demie après la tétée le lait est toujours digéré, que deux heures et quart après, toute quantité de lait supérieure à 80 grammes subsiste encore dans l'estomac. Enfin deux heures après la tétée nous avons toujours retrouvé du lait dans l'estomac du nourrisson pour une quantité moyenne de 70 à 80 grammes, ce qui constitue le chiffre moyen pour une tétée normale.

L'espacement des tétées toutes les deux heures est donc toujours insuffisant ; c'est à partir de deux heures et demie qu'on est en droit de donner de nouveau des aliments au nourrisson.

Or, il y a tout avantage à laisser à la poche stomacale si fragile du jeune enfant, un temps de repos entre chaque ingestion. On évite ainsi qu'elle ne soit soumise d'une façon constante à un effort, à une sécrétion permanente, sans aucun intervalle.

Czerny (de Prague) (1) émet une autre idée en faveur du grand espacement des tétées. A son avis, quand l'estomac a chassé son contenu dans l'intestin, il continue à sécréter du suc gastrique ; et cette sécrétion

(1) Die Ernæhrung des Sænglings auf Grundlage des physiologischen Functionen seines Magen. — *Prag. Med. Woch.*, 1893.

acide aurait une grande utilité : elle aurait pour effet de réaliser dans une certaine mesure l'antisepsie de la cavité. Car alors l'acide chlorhydrique devient libre, n'étant plus neutralisé par la caséine et les phosphates du lait. Or la bouche de l'enfant et même le lait de la femme renferment des microbes ; pour permettre au suc gastrique d'exercer sur eux une action efficace, il faut espacer les repas de façon que l'estomac reste un certain temps vide. Aussi Czerny pense-t-il que l'intervalle à ménager entre chaque tétée devrait être de trois heures au moins.

De plus, M. le professeur Fabre dit : « En examinant le lait avant, pendant et après, on constate que, avant la tétée, le lait contient une grande proportion d'albuminoïdes ; au moment de la poussée laiteuse, la caséine diminue pour augmenter de nouveau à la fin de la tétée. Ce fait est peut-être une nouvelle raison pour laisser entre les tétées un intervalle de trois heures ; il est possible en effet que, dans la première partie de la tétée, l'enfant absorbe une quantité de caséine, puis, plus tard, qu'il trouve dans le lait la graisse nécessaire à son alimentation. (1) »

En résumé, en tenant compte : 1° Du temps de la digestion du lait par le nourrisson ; 2° du repos que l'on doit laisser à l'estomac entre deux repas, soit pour éviter sa surcharge, soit pour favoriser le rôle antiseptique du suc gastrique, l'intervalle de trois heures

(1) Fabre. — De la centrifugation comme moyen rapide d'apprécier la valeur nutritive du lait. (*Communication à la Société médicale des hôpitaux de Lyon : 3 mars et 21 avril 1903.*)

entre les tétés est absolument rationnel. Ce qui achève de justifier pleinement cette méthode, ce sont les résultats pratiques qu'elle donne et que nous allons maintenant faire connaître.

CHAPITRE V

Résultats de cette méthode.

Il est à craindre au premier abord, que ce mode d'alimentation que nous venons de décrire comme établi à Lyon par M. le professeur Fabre, ne soit insuffisant pour le développement normal du nourrisson. En effet l'espacement des tétées à toutes les trois heures dès le septième jour, doit forcément diminuer la quantité totale de lait prise en 24 heures par l'enfant : aura-t-il une ration alimentaire suffisante pour permettre son développement ?

Les résultats de cette méthode d'alimentation tels que nous les avons obtenus, permettent d'écarter cette crainte : si l'enfant prend moins de lait, il ne s'en développe pas moins bien, et évite ainsi les troubles qui relèvent de la suralimentation. Ceci prouve qu'on donne en général aux nourrissons plus qu'il ne leur est nécessaire, et qu'on va ainsi au-devant d'accidents très facilement évitables.

La quantité de lait prise par les enfants soumis à notre régime alimentaire pendant le séjour des mères à la clinique, est sensiblement inférieure à celle qu'indiquent généralement les auteurs comme nécessaire au développement du nourrisson.

Quinze enfants du service, soumis à la méthode de M. le professeur Fabre, ont été pesés avant et après cha-

cune de leurs tétées : la différence de poids fournissait la quantité de lait absorbée dans une tétée. Nous avons eu ainsi facilement le poids du lait ingéré en 24 heures.

Nos recherches n'ont pu porter que sur les 10 premiers jours, temps durant lequel la mère reste à la Maternité. D'ailleurs tous nos résultats portent sur cette même période de temps pendant laquelle nous sommes certain de l'observation rigoureuse de la méthode.

Les quelques écarts de chiffres observés dans cette catégorie de recherches nous ont semblé venir soit d'un lait par trop abondant, soit de la vigueur différente des nourrissons. Nous avons établi une moyenne indiquant la quantité de lait prise en 24 heures par les enfants soumis à notre mode d'allaitement ; en voici les résultats :

Premier jour. . . (24 heures après accouchement).	20 gr.
Deuxième jour.....	70 —
Troisième jour.....	140 —
Quatrième jour.....	210 —
Cinquième jour.....	300 —
Sixième jour.....	375 —
Septième jour.....	430 —
Huitième jour.....	470 —
Neuvième jour.....	510 —
Dixième jour.....	525 —

En comparant ces chiffres avec ceux que la plupart des auteurs ont fournis, il est facile de se rendre compte qu'ils sont plus faibles.

Seul Cramer (*Ueber die Nahrungsaufnahme der Neugeborenen-Deutsche med. Woche 1900*) pense que les quantités de lait généralement indiquées comme devant être nécessaires au développement du nourrisson les premiers jours, peuvent et doivent être de beaucoup réduites sans aucun préjudice pour l'enfant et même à son avantage.

Voici les chiffres qu'il donne :

Premier jour.....	0 gr.
Second jour.....	20 —
Troisième jour.....	70 —
Quatrième jour.....	120 —
Cinquième jour.....	190 —
Sixième jour.....	260 —
Septième jour.....	270 —
Huitième jour.....	290 —
Neuvième jour.....	300 —

Ces quantités de lait sont donc encore inférieures à celles que prennent les enfants soumis au régime alimentaire que nous avons indiqué.

Par contre tous les autres chiffres qui ont été donnés sont supérieurs aux nôtres.

Natalis Guillot prescrivait 30 tétées : ce qui équivalait à peu près à 1 kilogramme de lait par jour.

Périer est peut-être trop théorique en augmentant exactement de 50 grammes par jour la quantité de lait que prend le nourrisson.

Odier parle de 10 tétées : l'augmentation de la quantité de lait est rapide : 400 grammes le troisième jour, 550 grammes le quatrième.

Voici les chiffres fournis par Jeannin :

Premier jour.....	30 gr.
Deuxième jour.....	120 à 150 —
Troisième jour.....	280 à 400 —
Quatrième jour.....	400 à 450 —
Cinquième jour.....	500 à 550 —

Enfin, d'après Budin l'enfant doit prendre :

Premier jour.....	rien.
Deuxième jour.....	160 gr.
Troisième jour.....	285 —
Quatrième jour.....	360 —
Cinquième jour.....	430 —

Sixième jour.....	470 gr.
Septième jour.....	490 —
Huitième jour.....	500 —
Neuvième jour.....	515 —
Dixième jour.....	540 —

La discordance entre les chiffres fournis par les différents auteurs suffit à indiquer la difficulté qu'il y a en réalité à assigner au nourrisson une quantité exactement déterminée de lait à prendre par jour. Ainsi dans l'espace de cinq ans, Marfan à lui seul donne trois tableaux différents les uns des autres.

Aussi n'avons-nous pas ici indiqué *ce qui doit être* donné ; nous avons dit simplement *ce qui était* pris par le nourrisson soumis à notre régime d'alimentation. Nous nous réservons de prouver maintenant que cette quantité de lait quoique plus faible lui assure un développement aussi régulier.

Le meilleur moyen pour se rendre compte de la valeur d'une alimentation est d'en examiner le rendement — celui-ci se manifeste par l'accroissement en poids principalement. Pour être plus exact nous devrions envisager encore le nombre de calories dégagées par l'enfant ; les quantités d'eau, d'urée, d'acide carbonique élaborées ; toutes choses qui sont sous la dépendance de l'alimentation. Nous négligerons ces facteurs, difficiles à analyser exactement chez le nourrisson. Aussi bien nous ne voulons que comparer les résultats pratiques les plus tangibles de cette méthode avec les résultats de même ordre obtenus à l'aide d'une autre réglementation alimentaire.

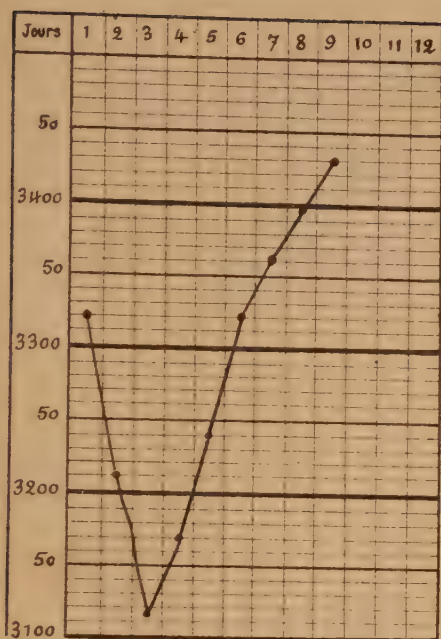
C'est à l'aide du poids journalier du nourrisson qu'on suit son développement. Natalis Guillot, l'inventeur des

pesées chez l'enfant, disait à leur sujet : « Les observations que je possède me conduisent déjà à affirmer que parmi les moyens d'appréciation de l'état de santé ou de maladie de l'enfant, de la valeur de la nourrice, de la quantité de lait fournie, des pertes ou de l'accroissement de l'individu, nul n'est aussi strictement exact que celui que je vous sou mets. »

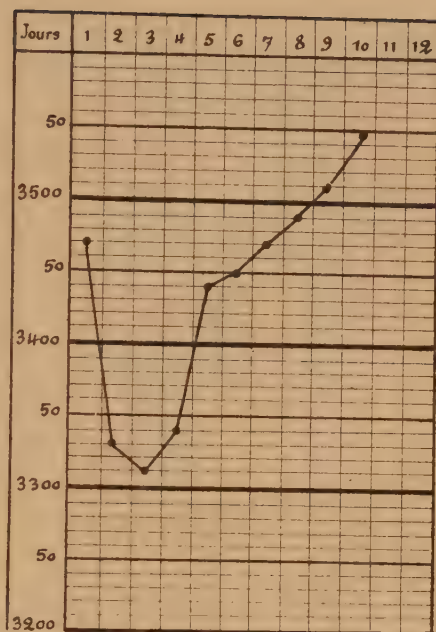
Nous avons déjà dit qu'à la Clinique de la Charité chaque nourrisson possède une feuille de pesée sur laquelle on enregistre chaque jour son poids. Un coup d'œil jeté sur la courbe ainsi obtenue après quelques jours permet d'apprécier immédiatement l'état de nutrition de l'enfant. D'une façon générale on s'accorde à reconnaître qu'un enfant normal doit prendre environ 30 grammes par jour dans le premier mois.

Nous donnons ci-après quelques courbes recueillies dans le service pendant le séjour de la mère à la Maternité. Nous avons pu suivre ultérieurement, à la consultation des nourrissons organisée par M. le professeur Fabre, la marche ascendante de ces courbes ; nous n'enregistrons pas ici cette partie de nos résultats toujours pour le même motif : la mère échappe à notre contrôle quand elle est hors de la Clinique. D'ailleurs la courbe satisfaisante des premiers jours est une garantie pour le reste de l'allaitement ; les conditions restant les mêmes, les mêmes effets doivent être obtenus.

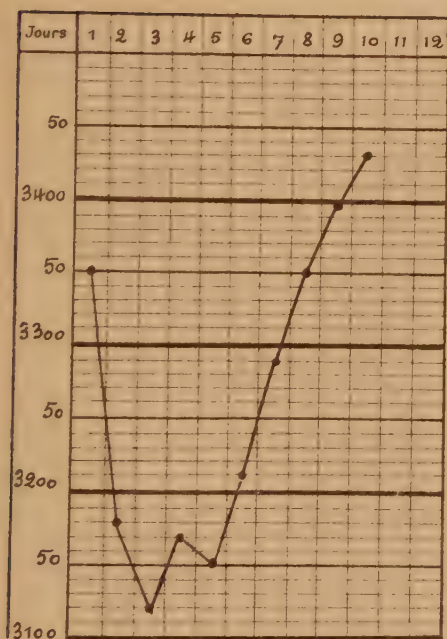
Ces observations sont celles des enfants de la clinique chez lesquels nous avons compté la quantité de lait prise à chaque tétée et qui nous ont servi à établir le tableau que nous avons donné ci-dessus du poids total de lait pris en 24 heures.



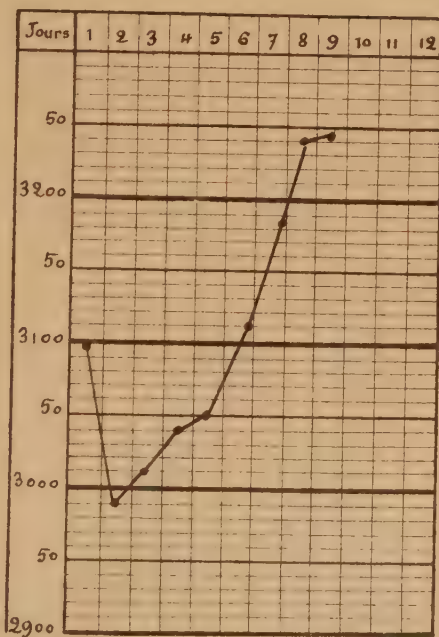
Emilienne P... 25 Mai 1904 N° 15



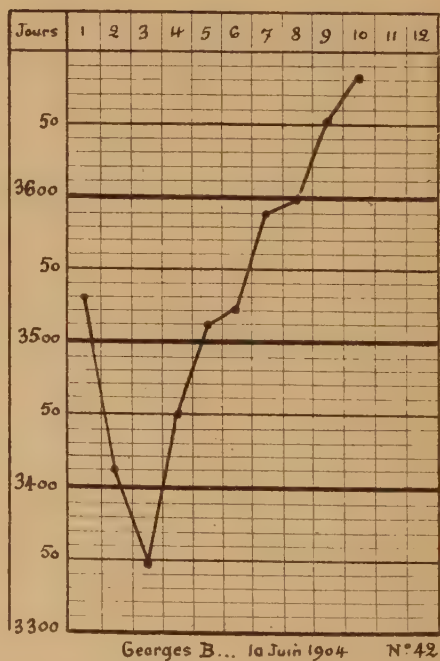
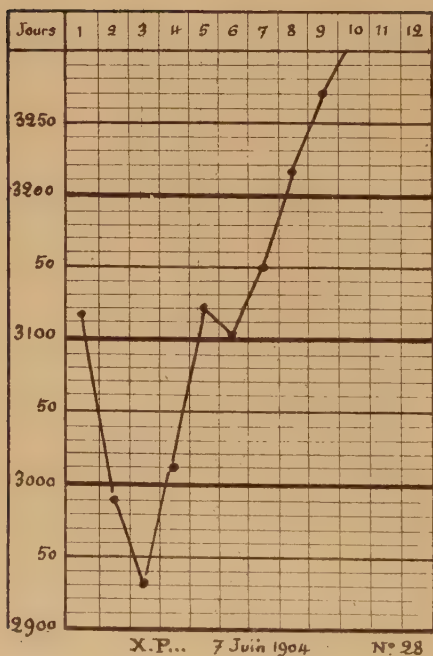
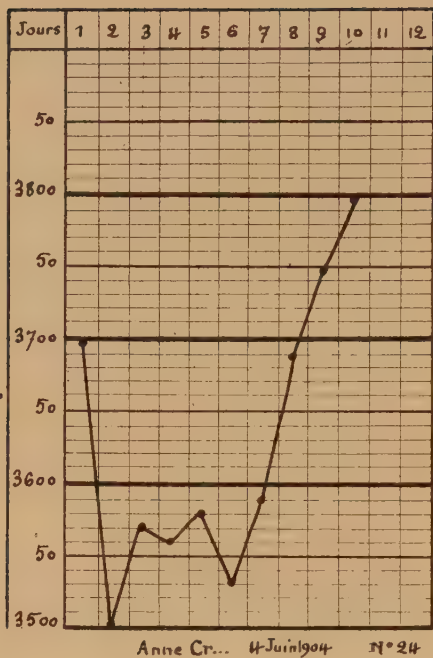
René G... 28 Mai 1904 N° 18

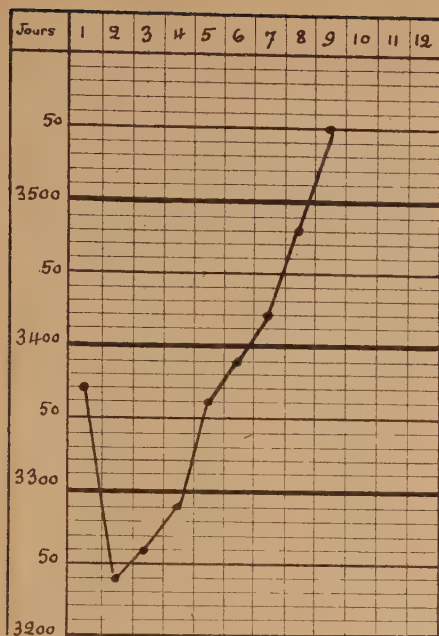


Marie P... 29 Mai 1904

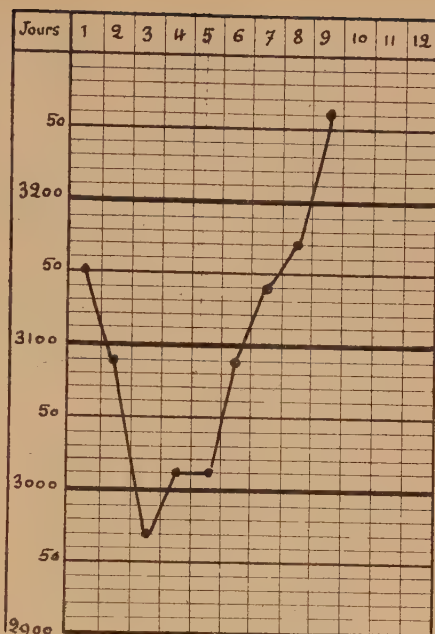


Joseph V... 2 Juin 1904 N° 22

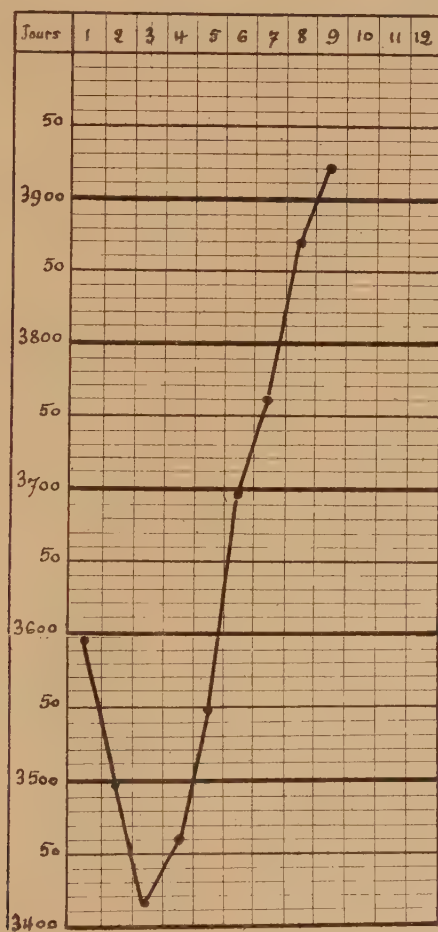




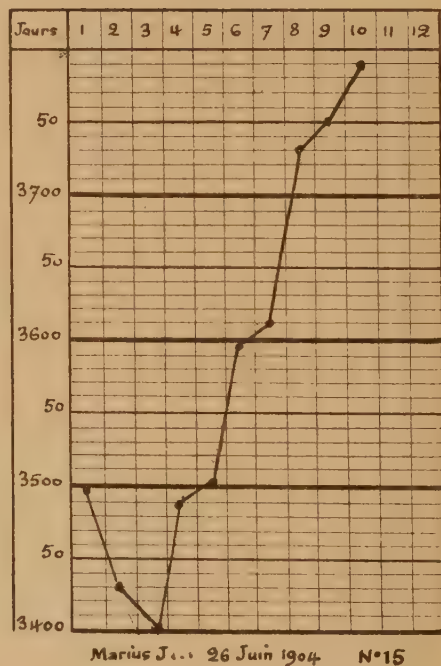
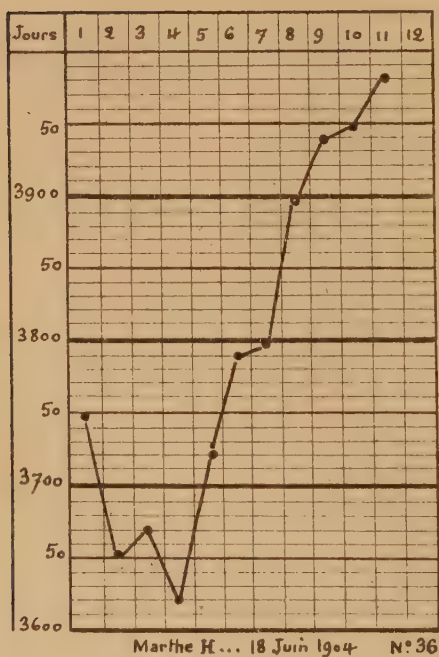
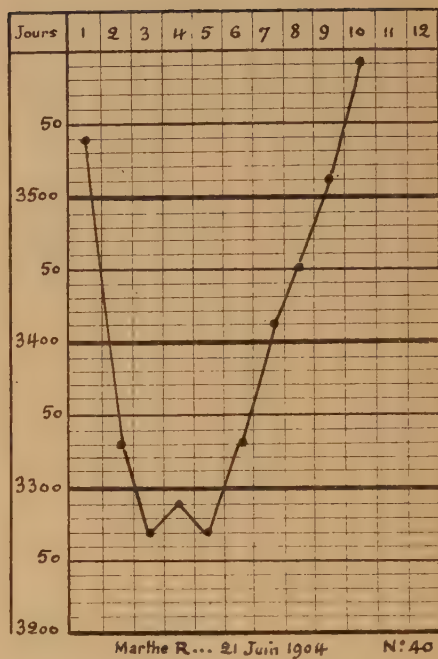
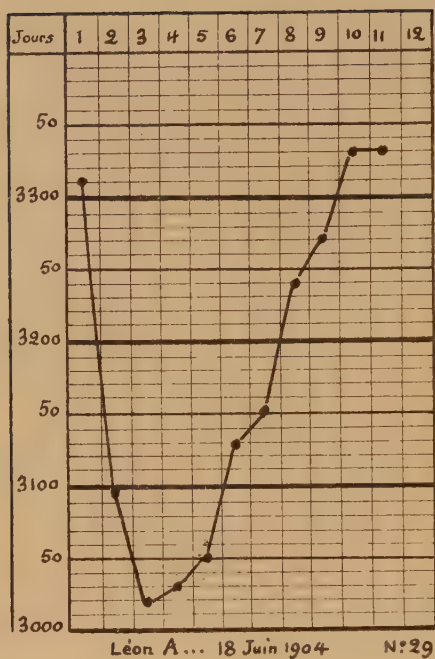
Rose M... 12 Juin 1904 N° 8



Cyprien G... 16 Juin 1904 N° 2



Lucienne M... 17 Juin 1904 N° 28



L'ensemble de ces courbes de poids, joint à l'excellent état général des enfants, suffit à prouver que si l'intervalle de trois heures entre les tétées, à partir du septième jour, abaisse la quantité de lait prise par le nourrisson, la méthode permet pourtant à ce dernier un développement normal.

Nous réfutons également à l'aide de ces courbes une objection qui arrive de suite à l'idée. En effet, de prime abord, il semble paradoxal de n'offrir à l'enfant qu'une tétée le premier jour, deux le second, et trois le troisième, c'est-à-dire une quantité de lait relativement minime, alors que c'est précisément le moment de la chute de poids. Ce serait donc le moment de suralimenter l'enfant pour lutter contre cette perte de poids.

Jacoby, après Winckel, Haacke et Ingerslew, prétend en effet qu'un enfant nourri dès sa venue au monde et d'une façon abondante ne doit pas perdre de poids les trois ou quatre premiers jours. Pourtant on n'obtient ainsi que des résultats déplorables, que des surcharges alimentaires nuisibles au tube digestif, donc à l'état général de l'enfant. Il faudrait pour lutter contre la puissance des facteurs de cet abaissement normal du poids, une quantité de lait incompatible avec le pouvoir digestif et la capacité stomacale du nourrisson.

Cette perte de poids est simplement physiologique : à quoi bon l'enrayer aux risques et périls de l'enfant.

Avec la méthode d'allaitement de M. le professeur Fabre, non seulement on ne cherche pas à l'enrayer, mais il semblerait presque qu'on la favorise par le peu d'aliments qu'on laisse prendre à l'enfant. — Or il n'en est rien. La majorité des enfants de la Cli-

nique ne perdent du poids que pendant trois jours, ce qui est tout à fait normal. Et de plus les courbes de poids précédentes montrent une perte en tout comparable à celle que font les nourrissons autrement réglés.

Ribemont-Dessaignes (1) évalue la perte de poids du nouveau-né à 200 ou 300 grammes. L'augmentation de poids ne se ferait d'après lui qu'après quatre ou cinq jours chez la multipare ; après six à sept jours chez la primipare.

Or dans un travail fait à la Clinique Obstétricale de la Charité, le docteur Jaume (2) a montré que les enfants soumis au régime que nous venons de faire connaître ne perdaient de poids que pendant les trois premiers jours dans la proportion de 75 pour 0/0 ; que chez les enfants de multipares la perte totale était de 233 grammes ; et chez les enfants de primipares de 241 gr. 9.

Cette faible alimentation des premiers jours n'entraîne donc aucunement une déperdition plus considérable de poids chez le nouveau-né.

Toutes les indications que nous avons données portent sur le nourrisson normal : nous n'avons voulu envisager que la majorité des enfants, le débile congénital ne constituant que l'exception.

Mais même pour ce dernier nous pensons que la suralimentation n'est pas nécessaire et même nuisible. L'hygiène alimentaire que nous avons décrite doit s'appliquer aussi bien à lui qu'à l'enfant régulièrement développé. Des tétées de dix minutes pour un lait nor-

(1) Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obstétrique 1904.

(2) Jaume. — De la perte de poids du nouveau-né. (Th-Lyon 1904).

mal, et espacées de trois heures après le septième jour, peuvent aussi bien lui assurer un bon accroissement.

Nous avons eu la bonne fortune de recueillir à la clinique une observation particulièrement intéressante à ce point de vue.

La nommée Marie R... accouche, à la clinique obstétricale le 25 juillet 1904, d'un enfant de six mois et demi seulement. Cet accouchement prématuré est mis sur le compte d'une émotion violente ressentie par la malade. Pas de syphilis ; un accouchement antérieur à terme et normal d'un enfant qui a maintenant trois ans,

L'enfant actuel ne pèse que 1130 grammes. Pas de malformations ; il est trop faible pour prendre le sein lui-même la mère est obligée, par une véritable traite, de recueillir son lait dans une cuillère à café pour le lui faire avaler.

Néanmoins elle suit le régime général de la Maternité et ne l'alimente qu'une fois le 1^{er} jour ; deux fois le second, etc., etc., sept fois à partir du septième jour, toutes les trois heures.

L'état général de l'enfant est bon, mais il a une déperdition de poids très tenace durant 13 jours. Ceci est absolument normal pour un prématuré. A ce moment, 7 août, il ne pèse que 860 grammes.

A partir de ce moment, il peut prendre le sein, et la courbe de son poids repart ascendante. Les tétées toutes les trois heures sont maintenues ; on permet une durée d'un quart d'heure à cause de l'état de faiblesse de l'enfant.

La mère sort de la Maternité le vingtième jour. L'enfant pesait alors 990 grammes, c'est-à-dire qu'il avait acquis en sept jours : 130 grammes.

La mère revient toutes les semaines à la consultation des nourrissons ; l'état de l'enfant est très bon. — Le 23 octobre, trois mois après sa naissance, il pèse 2.310. — La mère affirme continuer la méthode qu'elle a apprise dans le service, la trouvant avantageuse. L'enfant se développe sans aucun trouble digestif.

Il est probable que des tétées plus rapprochées et plus longues, destinées à relever son poids plus rapidement, auraient provoqué d'autant plus facilement des troubles gastro-intestinaux, que l'enfant était plus délicat et plus apte à les contracter; car chez le prématuré, c'est « le tube digestif qui reste la partie la plus vulnérable de l'organisme », ainsi que le dit Marfan.

Cette observation est en faveur du maintien de la méthode même chez le prématuré et le débile, et elle indique qu'*a fortiori* elle est avantageuse pour l'enfant normal.

Il serait oiseux de donner toutes les observations des nourrissons soumis à l'hygiène alimentaire de la Clinique. Elles sont toutes semblables et, d'ailleurs, les courbes de poids les résument parfaitement. L'enfant, ainsi alimenté, est le type du nourrisson allaité par sa mère et d'une façon exactement réglée; il en présente absolument le tableau, tel que nous l'avons donné au chapitre III.

Nous devons pourtant mentionner une période de cris assez régulière qui se produit presque toujours à la même heure. L'enfant partageant son temps entre le sein et le sommeil, pendant tout le reste de la journée, est agité vers le soir. C'est une période qu'il faut bien connaître, afin de ne pas s'en étonner, et que M. le professeur Fabre appelle : *la crise du soir*. Il semble qu'à ce moment le nourrisson se révolte en quelque sorte contre le régime qu'on lui impose. Il crie, il s'agite et pleure; cet état dure une heure ou une heure et demie, quelquefois plus, pour réapparaître le lendemain, à peu près à la même heure. C'est entre cinq et

huit heures du soir que cette crise s'observe le plus. Elle est d'une interprétation difficile et toute hypothétique, mais d'observation fréquente. Elle disparaît après quelque temps et reste sans importance.

Nous avons, enfin, entrepris quelques recherches sur la composition du lait des mères soumises à la méthode de la Clinique Obstétricale. Marfan, en effet, émet la crainte de voir la teneur d'un lait en beurre et en caséine s'abaisser si les tétées sont espacées de plus de deux heures et demie. Wolf a constaté chez l'animal l'influence du nombre des traites sur la composition du lait. Joly et Filhol ont montré que quand la traite est trop retardée, le lait reprend les caractères du colostrum.

Il reste donc établi que des tétées par trop rares amènent l'appauvrissement du lait de la mère en caséine et en beurre.

Mais il s'agit de savoir si l'intervalle de trois heures entre chaque tétée est compatible avec une composition normale du lait.

Déjà l'excellent état des nourrissons, les plus certains réactifs du lait des mères, nous permettait de le penser. Les analyses que nous avons faites du lait des femmes de la Clinique Obstétricale nous confirment pleinement dans cette idée.

Nous n'avons tenu compte que de la teneur en beurre et en caséine, les seuls éléments importants pour la nutrition du nourrisson.

La composition moyenne du lait de femme pour ces deux éléments est la suivante : *Caséine* = 14 grammes. *Beurre* = 35 grammes (Budin).

Pour éviter une cause d'erreur possible, nous avons eu soin de ne pas recueillir le lait du début ou de la fin de la tétée. En effet, le beurre va en augmentant de quantité du début à la fin, tandis que la caséine va en diminuant (1). Afin d'avoir un lait de composition moyenne, nous avons pris du lait du milieu de la tétée, quatre à cinq minutes après le début. Nous l'avons recueilli soit par pression à la base du mamelon, soit par aspiration.

De plus, nous avons choisi le moment où les mères allaient quitter la Clinique, entre le huitième et le dixième jour, alors que la sécrétion lactée était bien établie.

1^o *Primipares* :

1. Lit n° 4. — Mère au huitième jour de son allaitement :

Beurre = 36 gr.

Caséine = 20 gr.

2 Lit n° 3. — Mère au douzième jour de son allaitement :

Beurre = 36 gr.

Caséine = 16 gr.

3 Lit n° 26. — Mère au dixième jour de son allaitement :

Beurre = 34 gr.

Caséine = 18 gr.

4 Lit n° 10. — Mère au neuvième jour de son allaitement :

Beurre = 36 gr.

Caséine = 14 gr.

5 Lit n° 22. — Mère au huitième jour de son allaitement :

Beurre = 30 gr.

Caséine = 12 gr.

(1) Ce phénomène a été étudié par Parmentier, Pligot, Féilhol et Joly.

6 Lit n° 26. — Mère au neuvième jour de son allaitement :

Beurre = 32 gr.

Caséine = 25 gr.

7 Lit n° 32. — Mère au neuvième jour de son allaitement :

Beurre = 30 gr.

Caséine = 12 gr.

8 Lit n° 3. — Mère au neuvième jour de son allaitement :

Beurre = 34 gr.

Caséine = 16 gr.

2° *Secondipares :*

9 Lit n° 5. — Mère au huitième jour de son allaitement :

Beurre = 36 gr.

Caséine = 12 gr.

10 Lit n° 12. — Mère au dixième jour de son allaitement :

Beurre = 33 gr.

Caséine = 21 gr.

11 Lit n° 7. — Mère au dixième jour de son allaitement
(jumeaux) :

Beurre = 42 gr.

Caséine = 18 gr.

12 Lit n° 20. — Mère au dixième jour de son allaitement :

Beurre = 32 gr.

Caséine = 18 gr.

13 Lit n° 22. — Mère au dixième jour de son allaitement :

Beurre = 36 gr.

Caséine = 14 gr.

14 Lit n° 14. — Mère au neuvième jour de son allaitement :

Beurre = 38 gr.

Caséine = 14 gr.

3° *Multipares :*

15 Lit n° 21. — Mère au dixième jour de son allaitement :

Beurre = 24 gr.

Caséine = 14 gr.

- 16 Lit n° 44. — Mère au neuvième jour de son allaitement :
Beurre = 40 gr.
Caséine = 20 gr.
- 17 Lit n° 28. — Mère au dixième jour de son allaitement :
Beurre = 42 gr.
Caséine = 14 gr.
- 18 Lit n° 21. — Mère au neuvième jour de son allaitement :
Beurre = 40 gr.
Caséine = 21 gr.
- 19 Lit n° 24. — Mère au dixième jour de son allaitement :
Beurre = 38 gr.
Caséine = 14 gr.
- 20 Lit n° 30. Mère au neuvième jour de son allaitement :
Beurre = 36 gr.
Caséine = 12 gr.

Un espacement de trois heures entre les tétées n'influe donc pas défavorablement sur la sécrétion lactée au point de vue de la composition du lait. Nous avons évidemment obtenu dans nos observations des quantités un peu variables de caséine ou de beurre, ce qui n'a rien de surprenant ; mais si nous faisons une moyenne des chiffres obtenus nous voyons qu'en général le lait de nos nourrices a exactement : 35 gr. 75 de beurre et 16 gr. de caséine. Ce qui est sensiblement égal à la composition d'un lait normal de femme. De plus nous avons observé la rareté des excoriations, érosions, gerçures, fissures et crevasses du mamelon avec cet intervalle de 4 heures, mis entre chaque tétée.

En résumé l'hygiène alimentaire qu'on impose au nouveau-né pendant le séjour de la mère à la Charité ; évite toute surcharge alimentaire tout en ménageant

un accroissement normal à l'enfant et un lait de composition moyenne à la mère.

La constatation par la mère du bon état de son nourrisson, est un encouragement pour elle à continuer cette méthode d'alimentation et l'allaitement maternel. Il lui est loisible de se reposer presque toute la nuit avec un enfant qui ne crie pas et n'a pas besoin de téter continuellement. Dans le jour elle n'a à s'occuper de l'allaitement que durant 10 minutes toutes les trois heures. Elle peut donc plus facilement vaquer à ses occupations.

Nous ne prétendons pas que cela permette toujours l'allaitement maternel chez l'ouvrière des usines ; mais cela le favorise. C'est plus facilement que l'industriel permettra à la mère d'aller donner le sein à son nourrisson, à la crèche de l'usine, s'il sait que très peu de temps en somme est employé pour chaque tétée. De plus la tétée du matin, de midi, du soir et de la nuit sont données en dehors des heures de travail. Il ne reste plus que celles de 9 heures du matin et de 3 heures de l'après-midi. Quel est le patron qui ne permettra pas à ses ouvrières de s'absenter dix minutes le matin et dix minutes l'après-midi pour nourrir leurs enfants ?

Cette réglementation des tétées pourrait donc avoir si on l'étendait, une portée sociale ; elle pourrait contribuer beaucoup à l'extension de l'allaitement maternel.

Nous ne faisons que signaler ces résultats éloignés de la méthode d'allaitement de la Charité, sans vouloir les approfondir. Aussi bien arrivons-nous, en laissant ce point complètement de côté, à des résultats très satisfaisants.

CONCLUSIONS

- I. La plus grande partie de la mortalité infantile, due à la gastro-entérite, est le résultat de l'ignorance des mères. Pour y remédier, il faut instruire ces dernières pendant leur séjour à la Maternité.
 - II. On peut considérer l'allaitement maternel comme étant toujours possible physiquement, exception faite pour les états cachectiques et les malformations physiques de la glande et du mamelon. La mère et l'enfant n'ont que des avantages à trouver dans son application.
 - III. La constitution anatomique, la capacité et la physiologie particulière de l'estomac du nourrisson demandent une réglementation exacte des tétées soit dans le temps, soit dans l'espace. Le suralimenté est un pathologique.
 - IV. La quantité de lait donnée aux nourrissons pendant les premiers jours est généralement trop abondante. Le temps que met l'estomac à digérer une quantité moyenne de lait est de 2 heures ou 2 h. 1/2. De plus un temps de repos doit être laissé à l'organe pour éviter sa surcharge et favoriser le rôle antiseptique du suc gastrique.
- Toutes ces considérations amènent à espacer les tétées de 3 heures à partir du septième jour; et les sept premiers jours à donner le sein : 4 fois

vingt-quatre heures après l'accouchement; 2 fois le second jour, à 6 heures du matin et à 6 heures du soir; 3 fois le troisième jour : à 6 heures du matin, midi et à 6 heures du soir. Le quatrième jour, 4 fois à : 6 heures du matin, à 10 heures, à 2 heures de l'après-midi et à 6 heures du soir. Cinq fois le cinquième jour : à 6 heures du matin, à 10 heures, à 2 heures, à 6 heures et à 10 heures du soir. Le sixième jour l'enfant fait six tétées : à 6 heures du matin, à 9 heures, à midi, à 3 heures, à 6 heures et à 9 heures du soir. A partir du septième jour on adopte une tétée de nuit à minuit.

V. Cette méthode employée à la Charité par M. le professeur Fabre donne d'excellents résultats : nos courbes de poids en témoignent; bien que l'enfant prenne bien moins de lait qu'avec tout autre régime, la perte de poids est en tout comparable à la normale. Le lait de la mère qui allaite toutes les 3 heures ne subit aucune altération de composition. Les affections du mamelon deviennent moins fréquentes.

Vu :

Le Président de la Thèse :

FABRE.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 novembre 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALPHANDRY. — Grande Encyclopédie. *Article Allaitement.*
- ARTEMIEFF. — Contribution à l'hygiène des nouveau-nés, 1886.
- AUVARD. — Traité pratique d'accouchements.
- BABEAU. — Troubles gastro-intest. provoqués chez l'enfant par la composition du lait de la nourrice. *Nouveau Montpellier médical*, VI, 1897. .
- BALLESTRE et GILETTA. — Etude sur la mortalité de la première enfance. Paris, 1901.
- BOUCHARDAT. — De l'excessive mortalité des enfants de 0 à 1 an, à Paris. *Revue scientifique*, 1880.
- BOUCHUT. — Hygiène de l'enfance, Paris, 1879.
- BOURRIER. — Considérations sur la sécrétion lactée, augmentation progressive, établissement tardif, retour. Th. Paris, 1902.
- BUDIN. — Le nourrisson.
- BUDIN. — Des moyens de combattre la mortalité infantile. *Revue philanthropique*, 10 janvier 1902.
- BUDIN. — Alimentation de la première enfance. *Société de médecine et de chirurgie de Paris*, 1902.
- BUDIN. — Allaitement. *Revue scientifique*, 1901, XV.
- BUDIN. — Allaitement des nourrissons. *L'Obstétrique*, 1896.
- BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement. Paris, 1900.
- BUÉ. — Ration alimentaire du nourrisson. *Presse médicale*, 2 mars 1904.

- BUNGE (Von). — Impuissance des femmes à allaiter. Causes et remèdes.
- CONCETTI. — L'igiene del bambino. Roma-Milano, 1903.
- COUDEREAU. — Recherches clin. et physiol. sur l'aliment. Th. Paris, 1869.
- COURDOUX. — Pour combattre la mortalité des nouveau-nés. *Journal de clin. et thérap. infant.*, 1895, n° 19.
- CRAMER. — Ueber die Nahrungsaufnahme der Neugeborenen. *Deutsche Med. Woche.*, 1900.
- CZERNY. — Die Ernæhrung des Sæuglings auf Grundlage des physiologischen functionen seines Magens. *Prag. med. Woche.*, 1893.
- DEVÉ. — Réflexions critiques sur la puériculture. Th. Paris, 1903.
- DLUSKA (M^{me}). — Contribution à l'étude de l'allaitem. matern. Th. Paris, 1894.
- DONNÉ. — Conseils aux mères sur la manière d'élever les enfants nouveau-nés.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement. Paris, 1904.
- DUMAINE. — L'enfant doit être nourri par le lait de sa mère. Th. Paris, 1877.
- DUMÈNE. — Durée de l'allaitem. au sein dans la classe ouvrière. Th. Paris, 1902.
- DUMONT (Arsène). — Mortalité et démocratie. Paris, 1898.
- FABRE. — De la centrifugation comme moyen rapide d'apprécier la valeur nutritive du lait. *Communication à la Société méd. des hôpitaux de Lyon*, 1903.
- FÉER. — Jahrbuch für Kinderheit, 1896, t. XIII.
- FOCHIER. — Régime alimentaire des nouveau-nés dans les hôp. *Lyon médical*, 1874, t. XV.
- FONSSAGRIVES. — Leçons d'hygiène infantile. Paris, 1903.
- FOTHERGYLL. — Manual of Midwifery. Edimbourg, 1903.
- GAUTIER (A.). — Leçons de chimie. Paris, 1887.
- GOLAY. — Conseils aux jeunes mères. Genève, 1894.
- GRANCHÉ et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1897.

- GRINIEWITCH. — Allaitement. Th. Paris, 1892.
- GUILLOT (Natalis). — Du nourrisson et de la nourrice. *Union médicale*, 1852
- HAELBRECHT. — Hyg. inf. pour nourrissons. Bruxelles, 1902.
- HÉRY. — De l'allaitem. du nouveau-né. Th. Paris, 1897.
- HEUBNER. — Ueber Künstliche Ernæhrung des Sauglings. *Congrès international*. Paris, 1900.
- JAUME. — De la perte de poids du nouveau-né. Th. Lyon, 1904.
- JEANNIN. — Alimentazione del neonato. *Reforma medica*, 1902, II.
- JEMMA. — Disturbi gastro-intestinali in bambino allcato al seno, davuti ad accesso di burro nel latte. *Gaz. degli. asper. e delle clin.*, 4 novembre 1900.
- LANGLOIS. — Le lait. Paris.
- LORANCHET. — A propos de la prophylaxie de la diarrhée infantile. *Revue d'hygiène*, XII.
- LULING. — Mortalité des nourrissons en rapport avec la modalité de l'alimentation. Th. Paris, 1900.
- MARFAN. — Traité de l'allaitem. Paris.
- MARFAN. — Le pouvoir d'allaiter a-t-il diminué chez les femmes de nos jours ? *Revue mensuelle des mal. inf.*, janvier 1902.
- MAUREL. — Hyg. aliment. du nourrisson. Allaitement.
- MAYGRIER. — Consultations des nourrissons. *L'Œuvre médico-chirurg.*, 1902.
- MICHEL (Ch.). — Recherches sur la nutrition normale du nouveau-né. *Obstét.*, 1896.
- PERIER. — Hyg. aliment. des enfants. Paris, 1877.
- PFEIFFER. — 100 Analysen von angebildter menschlicher Milch aus allen Monaten des Stillens nebst zwei analysen von Colostrum. 66^e réunion des natur. et médec. allem., à Vienne, 1894.
- PINARD. — De la puériculture. *Revue scientifique*, 1897.
- PORAK. — Hyg. de l'enfant. *Bulletin de l'Académie*, 1^{er} décembre 1903.
- RAULIN. — Conservation des enfants. Paris, 1770.
- ROTHSCHILD (Henri de). — Hyg. et protection de l'enfance. Paris 1897.

ROTHSCHILD. — Traité d'hyg. et pathol. du nourrisson et des enfants du premier âge.

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1904.

RUSSOW. — Vergleichende Beobachtung. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1881.

TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Allaitem. et hyg. des enfants. Paris, 1888.

UFFELMANN. — Traité de l'hygiène de l'enfance.

VARIOT. — La graduation des tétées d'après le développ. physiol. de l'estomac des jeunes enfants. *Journ. de clin. et thérap. inf.* Paris, 1896.

VARNIER. — Projet d'affiche sur la puériculture de Baudelocque. Paris, 1799.

VINSONNEAU. — Statist. sur mortalité inf. à Montpellier. Th. Montpellier, 1901.

WALLICH. — Sur la façon de diriger l'allaitem. maternel. *Recue prat. d'obstét. et de pédiatrie*, 1894.

